Rok XIV Warszawa, Lipiec — Grudzień 1935 r. Nr. 3 — 4.

KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE

WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA

Z II. oddziału neurologicznego (Ordynator E. Herman)

Znaczenie całkowitego zespołu podbródkowego w djagnostyce różnicowej i topicznej nowotworów mózgu[1])

PODAŁ

L. Lipszowicz

W trzeciej skolei pracy, poświęconej somatycznym[2]) odruchom podbródkowym (ściślej bródkowym), zajmiemy się znaczeniem rozpoznawczem całkowitego zespołu podbródkowego Flataua, wyrażajacego się w obecności naraz wszystkich 4-ch jego składników. W przypadkach z całkowitym zespołem podbródkowym (c. z. p.) skurcz mięśnia bródkowego jest jednakowo wydatny, niezależnie od pasa odruchowego, względnie strony drażnionej. Składać się nań będą zatem odruchy rogówkowo-podbródkowy, nosowo-podbródkowy, wargowo-podbródkowy oraz dłoniowo-podbródkowe, po obu stronach zupełnie równe.

Przy braku, względnie osłabieniu, jednego albo kilku odruchów podbródkowych mówić będziemy już nie o całkowitym, a tylko częściowych zespołach podbródkowych, które wystąpić mogą w licznych odmianach, w zależności od skojarzenia rozmaitych i z różnych stron otrzymywanych odru-

---

[1]) Praca niniejsza oparta jest na 4-letniej obserwacji chorych na oddziałach b. p. D-ra Flataua, D-ra Bregmana i D-ra Hermana.

[2]) Obok somatycznych, rzekomo—afektywnych, odruchów podbródkowych, wyodrębniliśmy odruchy podbródkowe afektywne, ściśle z psychiką związane. Patrz: L. Lipszowicz. Psychiczne odruchy podbródkowe oraz ich stosunek do odruchu Flataua. Kwartalnik klin. Tom XIII. Zeszyt 1 — 2, r. 1934.

chów. I, wreszcie, pamiętać należy, że zdarzają się stosunkowo często odosobnione odmiany odruchów podbródkowych, jak naprzykład występujące samotnie odruchy dłoniowo-podbródkowe. Mechanizm powstawania tych ostatnich jest, jak się zdaje, inny, aniżeli — zespołów całkowitych, względnie częściowych.

Rozróżnienie między zespołem podbródkowym całkowitym a częściowym usprawiedliwione jest tem, że, jak to wykazaliśmy w dwóch poprzednich naszych pracach[3]), istnieją przypadki, w których przebiegu z zespołu ubywa jeden albo kilka odruchów podbródkowych. W przypadkach tych sprawa chorobowa, postępując, atakowała nowe tereny mózgowia, co na sekcji ujawniało się w postaci świeżych i destrukcyjnych ognisk (rozmiękczenie, krwotok).

Z dotychczasowych publikacyj na interesujący nas temat wynika, że c. z. p.[4]) występuje w najrozmaitszych schorzeniach układu nerwowego charakteru rozsianego, rozlanego, względnie układowego, jak zmiany starcze z zaburzeniami chodu[5]), liczne przypadki nagminnego rozsianego zapalenia układu nerwowego (encephalomyelitis disseminata epidemica), stwardnienia rozsianego, zapalenia oponowo-mózgowe pochodzenia zakaźnego (m. in. durowego) oraz toksycznego (m. in. w przypadku guza złośliwego śródpiersia[6]), porażenia rzekomo-opuszkowe, schorzenia kiłowe i metakiłowe mózgu (przedewszystkiem — porażenie postępujące), ponadto stosunkowo często — w atrophia spinalis progressiva, sclerosis lateralis amyotrophica, degeneratio pyramido-pallidalis, leptomeningitis haemorrhagica, niektóre psychozy, psychastenje i t. d.

W przeciwstawieniu jednak do wieloogniskowych, rozlanych, względnie systemowych, schorzeń obecność całkowi-

---

[3]) Poza przytoczonemi powyżej „Psychicznemi odruchami podbródkowemi": „Zachowanie się odruchu rogówkowo-podbródkowego Flataua w schorzeniach korowych i podkorowych". Warsz. Czasop. Lek. 1934 r., nr. 43.

[4]) C. z. p. — całkowity zespół podbródkowy.

[5]) L. Lipszowicz. Badania nad odruchem rog.-podbródk. Neurologja Polska, 1932 r., zesz. I — IV.

[6]) Przypadek opisany w pracy mojej p. t. „O t. zw. toksycznych zmianach układu nerwowego w przebiegu nowotworów". (Kwartalnik kliniczny, r. 1934, tom XIII, zeszyt 3 — 4).

tego zespołu podbródkowego w sprawach jednoogniskowych (rozmiękczenie odosobnione, krwotok, nowotwór) należy do dużej rzadkości. Zjawisko to jest szczególnie rzadkie w nowotworach mózgu.

Na własnym materjale nowotworowym, obserwowanym na oddziałach neurologicznych w ciągu ostatnich 4-ch lat (59 nowotworów mózgu), całkowity zespół podbródkowy stwierdziliśmy tylko 3 razy (przypadki te omówimy poniżej oddzielnie). W pozostałych 56 nowotworach (w tem 17 przypadków sekcyjnych) zespół podbródkowy nie był całkowity; naczęściej brak było odruchów rogówkowo-podbródkowych obustronnie, względnie jednostronnie, rzadziej—odruchów dłoniowo-podbródkowych. Rozpoznaliśmy wśród nich klinicznie nowotwory móżdżku 19 razy, kąta mostowo-móżdżkowego — 10, szypuły mózgowej — 5, zawojów środkowych z napadami padaczki Jacksona — 6 (jeden operowany), płata skroniowego—3, ciemieniowego i potylicznego—4, komory III-ej oraz bocznych — 2, IV-ej komory — 1, podstawy czaszki — 3, jąder podstawnych — 3. Przypadków nowotworu przysadki mózgowej nie uwzględnimy tu, jakoże zespół podbródkowy nie zachowuje się w nich jednolicie.

Tak niski odsetek c. z. p. w nowotworach mózgu (około 5% w naszych przypadkach) godny jest uwagi. Tłomaczy się on podwójnym mechanizmem powstawania i rozpadania się zespołu podbródkowego, który staraliśmy się poznać na podstawie bogatego materjału klinicznego schorzeń układu nerwowego z wyłączeniem nowotworów, spostrzeganych w ciągu 4-ch lat. W pewnej liczbie przypadków dane kliniczne uzupełnić mogliśmy badaniem anatomicznem.

Na pytanie, jakie ogniska chorobowe wyzwalają c. z. p. (atakując odnośne ośrodki hamujące), staraliśmy się odpowiedzieć w pracy poprzedniej [1]), wskazując teren mózgowia, położony powyżej okolicy subpallidalnej (t. zw. ośrodków „subpallidalnych", jak istota czarna, jądro czerwone i t. d.) i sięgający aż do kory mózgowej. Liczne spostrzeżenia przemawiają za zrazem czołowym

---

[1]) „Zachowanie się odruchu rog.-podbr. w schorzeniach korowych i podkorowych."

Ściślejsze dane posiadamy co do ognisk chorobowych, powodujących wypadanie, względnie osłabienie, poszczególnych składników zespołu podbródkowego. Przedewszystkiem stwierdzić możemy, że nie mieszczą się one w korze mózgowej, albowiem zarówno ciężkie schorzenie kory en masse (w przypadku meningoencephal. purul. pneumoc., opisanym w przytoczonej powyżej pracy), jakoteż uszkodzenie kory w poszczególnych okolicach (ropnie pourazowe, obserwowane na oddziałach chirurgicznych, oraz ropnie pochodzenia usznego z oddziału oto-laryngologicznego Szpitala) przebiegały z wybitnym c. z. p. Ogniska rozległe w podkorowej istocie białej, jak naprzykład w przypadku olbrzymiej torbieli pokrwotocznej, umiejscowionej równolegle do komory bocznej, klinicznie przebiegającej jako guz rzekomy [2]), również pozostają bez wpływu. Dopiero odcinek biegnący od jąder podstawnych poprzez pień mózgowy aż do rdzenia przedłużonego i rdzenia kręgowego stanowi ten teren ośrodkowy, na którym giną — naskutek uszkodzenia — poszczególne odruchy podbródkowe.

Jednostronny brak, względnie osłabienie, odruchu rogówkowo-podbródkowego obserwuje się prawie z reguły w torebkowych porażeniach połowiczych. Przypuszczalnie nie chodzi tu tyle o zaatakowanie samej torebki, ile jej okolicy (wzgórza wzrokowego, kuli bladej i in.). Bądźcobądź zanikanie jednostronne odruchu rog.-podbródkowego przy powstawaniu ognisk torebkowych dowodzi, że odruch ten dochodzi do skutku nie na szlakach, łączących bezpośrednio n. V. z n. VII, a—za pośrednictwem ogniwa dodatkowego, mieszczącego się w obrębie jąder podstawnych. Jako węzłowa stacja dośrodkowa wchodziłoby tu w grę wzgórze wzrokowe, do którego, zresztą, zdążają wszystkie szlaki czuciowe, a zatem i nadrzędne szlaki n. trójdzielnego. Ośrodek ruchowy odruchu rogówkowo-podbródkowego należałoby umiejscowić w okolicy t. zw. ośrodków subpallidalnych (substantia nigra, nucleus ruber i t. d.). Jądro ogoniaste, jakoteż skorupę (putamen), możemy na podstawie spostrzeżeń anatomicznych [3]), postawić poza

---

[2]) Przypadek będzie opublikowany.

[3]) Przypadek powyżej cytowany oraz inne.

nawias omawianego łuku odruchowego. Ciągnie się on, jak widzimy, na przestrzeni znacznie dłuższej, niżby to napozór wyglądało. Przerwanie jego w jakimkolwiek punkcie na drodze od n. V-go do n. VII-go (I-sza gałązka n. V, pień mózgowy od mostu poczynając dogłowowo, wzgórze wzrokowe, kula blada, wzgl. jądra subpallidalne, szlaki, łączące tę okolicę z jądrem n. VII-go, włókna n. VII zdążające do m. bródkowego) pociągnie za sobą wypadnięcie odruchu podbródkowego jednostronne. Jeżeli ognisko umiejscawia się w torebce, jednocześnie z porażeniem połowiczem wystąpi zniknięcie odruchu rog.-podbródk., jeśli zaś w szypule—zaburzenia ruchowe gałki ocznej, którym nieraz może towarzyszyć wzmożenie napięcia mięśniowego typu pozapiramidowego,

Obustronne znikanie odruchów rog.-podbr. stwierdziliśmy w całkowitej utracie przytomności (okres napadów padaczkowych i t. d.) oraz w ognisku świeżem w moście.

Bardziej skomplikowana jest sprawa ze znikaniem odruchów dłoniowo-podbródkowych. Droga dośrodkowa tego odruchu nie jest nam znana. W każdym razie nie tworzą jej szlaki przewodzące zwykłe czucie powierzchniowe albo głębokie, albowiem odruchy te, bardzo wybitne, spostrzegaliśmy w przypadkach porażenia połowiczego z całkowitem zniesieniem czucia. Droga odruchowa biegnie tu poprzez rdzeń kręgowy, rdzeń przedłużony, most i t. d. aż do ośrodka swego w okolicy jąder podstawnych, przypuszczalnie bardziej doogonowo położonych w porównaniu z ośrodkiem dla odruchu rogówkowo-podbródkowego. Następujące spostrzeżenia uzasadniają to nasze przypuszczenie.

W ogniskach torebkowych obserwujemy zniesienie odruchu rog.-podbr. przy zachowaniu po tej samej stronie odruchu dłoniowo-podbr..

Niekiedy ten ostatni jest nawet wzmożony w porównaniu ze stroną zdrową. Ustala się wtedy odrębny zespół częściowy, charakteryzujący się żywym odruchem dłoniowo.-podbr. i osłabieniem, względnie brakiem, odruchu rog.-podbr. po tej samej stronie.

Inaczej przedstawia się sprawa w ognisku szypułowem. Tu znika zarówno odruch rog.-podbr. jak i dłoniowo-podbr.. W porażeniach torebkowych z podobnem zjawiskiem spotykamy się

w masywnych krwotokach z przedarciem do podstawy, przebiegających niekiedy z zastoiną na dnie oczu [1]).

Łuków pozostałych odruchów podbródkowych omawiać tu nie będziemy; ograniczymy się jedynie do zakreślenia górnej (odruchy rog.-podbr.) oraz dolnej granicy (odruchy dłon.-podbr.) odcinka mózgowia, mieszczącego szlaki związane z odruchami podbródkowemi.

Z danych, powyżej wyłuszczonych, wynika, że, jakiekolwiek ognisko destrukcyjne (rozmiękczenie, nowotwór, krwotok) o dostatecznym zasięgu, umiejscowione na przestrzeni od górnego odcinka rdzenia kręgowego poprzez rdzeń przedłużony, most, szypuły mózgowe, wzgórze wzrokowe — aż do jąder podstawnych, wytrąca jeden przynajmniej z obecnych składników odruchowych zespołu podbródkowego. Dzieje się tak niezależnie od tego, w jaki sposób uprzednio doszło do powstania c. z. p.

W nowotworach mózgu liczyć się jeszcze należy dodatkowo z działaniem na odległość na wymieniony przez nas odcinek mózgowia. Łatwo sobie wyobrazić, że ucisk na wzgórze wzrokowe, okolicę podwzgórkową i „subpallidalną" — wywrzeć może nowotwór umiejscowiony w korze albo białej istocie zawojów środkowych, na bardziej zaś doogonowo położone odcinki pnia mózgowego — nowotwór okolicy ciemieniowej, potylicznej, skroniowej, móżdżkowej i, wreszcie, części podstawnych mózgu. Miejsce uprzywilejowane pod tym względem zajmują zawoje czołowe mózgu, zwłaszcza I-szy i II-gi. Nowotwory tej okolicy, nawet przy dużych ich rozmiarach, nie wywierają większego wpływu na interesujący nas teren ośrodków podbródkowych, znajdują się bowiem na znacznej od niego wysokości i odległości. Nie znaczy to, by przy nasileniu objawów wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego nowotwór zawojów czołowych nie mógł działaniem swem dosięgnąć również i wspomnianego obszaru, ale w warunkach względnego spokoju działanie to nie ujawnia się.

Wolno było zatem przypuszczać, że tylko w nowotworach

[1]) Herman i Lipszowicz. Przypadek zastoiny na dnie oczu w przebiegu nadciśnienia. Demonstr. na posiedzeniu Warsz. Tow. Neurol. w listopadzie 1934 r.

zawojów czołowych (nowotwory przysadki mózgowej pomijamy) wystąpić może całkowity zespół podbródkowy.

Pierwszy napotkany przez nas przypadek nowotworu z c.z.p. w zupełności potwierdził słuszność powyższego rozumowania. Przytaczamy poniżej opis kliniczno-anatomiczny tego przypadku [1]).

L. S., l. 39. Od 25.III do 25.III 1933 przebywał na oddziale D-ra Lewina. Do szpitala przywieziony został karetką Pogotowia żebrak, który w czasie wykonywania swego procederu na krańcach miasta stracił przytomność. Zebranie wywiadów za życia było niemożliwe, gdyż nikt chorego nie odwiedzał. Po śmieści zgłosił się stryj zmarłego, od którego można się było dowiedzieć, że jeszcze kilka miesięcy przed przybyciem na oddział chory nie zdradzał objawów chorobowych. Zawsze odznaczał się wielomównością, niewielkim rozumem, tak samo zresztą jak i ojciec jego. Z zawodu dawniej był rzeźnikiem. Miał żonę i dziecko. Z żoną rozwiódł się, wyjechał do Paryża. Po powrocie do kraju nie mógł pracować z powodu d r ż e n i a r ą k. Żebrał. zdradzał przytem pewne dziwactwa, nie chciał bowiem nigdy brać więcej ponad grosz. W rodzinie chorób umysłowych nie było. 23.II 1933 odnotowano w karcie szpitalnej: nieprzytomny. oddaje pod siebie mocz i kał; ciepłota 37,8 — 38,6; skóra silnie czerwona, miernie wilgotna, o średniej ilości tkanki podskórnej. Stwierdzono wybitne wzmożenie napięcia mięśniowego, zwłaszcza w obrębie karku i w kończynach. Źrenice wąskie, słabo oddziaływające na światło. Odruchy okostnowe i ze ścięgien zachowane. W narządach wewnętrznych zmian nie wykryto. Po upływie dwuch dni nieco oprzytomniał. Wykazuje wielką depresję, chwilami płacze. Nawiązanie kontaktu łatwe. Amnezja co do upadku na ulicy. Zorjentowany co do miejsca pobytu, natomiast nie orjentuje się w czasie. Źrenice nadal wąskie, słabo oddziaływają na światło. Ciepłota podwyższona: 37—38. Kiedy następnego dnia (26.III) chory przeniesiony został na oddział neurologiczny, podówczas Dra Bregmana, nadal zwracał uwagę silnie zaznaczony stan depresji: twarz wyraża przygnębienie, często wybucha żałosnym płaczem. Na pytanie, dlaczego płacze, odpowiada, że chciałby być zdrowym. „Wszędzie byłem, ale nigdzie sobie miejsca nie mogłem znaleźć", skarżył się popłakując. Apatyczny. leży nieruchomo, nie interesuje się otoczeniem. O miejscu pobytu zorjentowany, ale niedokładnie. Podaje, że jest w szpitalu, ale nie umie powiedzieć zrazu, w jakim mianowicie szpitalu przebywa. Na pytanie odpowiada niepewnie, częstokroć sprzecznie. Urojeń, halucynacyj nie zdradza. Gdy choremu polecono usiąść, nie czynił tego. Przy próbie sadzania go stawia opór, jest jakby wylękniony. Posadzony, mimo zachowanej, jak się zdaje, siły mięśniowej, bezwładnie opada na posłanie. Podobnie zachowuje się, gdy go postawić, względnie zachęcać do stąpania. Nie wykonywa żadnego wysiłku dla utrzymania się w pozycji stojącej; prowadzony, niezgrabnie przebiera nogami, krzyżując je, nie odrywając stóp od podłogi. Broni się przytem, postękując żałośnie. Pozostawiony sobie, osuwa się na podłogę, utrzymując nadaną mu pozycję bez zmiany, nie bacząc na to, że jest ona bardzo niewygodna. Nie zdradza najmniejszej chęci do wstania z podłogi, nie wykonywa najmniejszego

[1]) Demonstrowany przeze mnie na posiedzeniu klinicznem Szpitala dn. 7-go czerwca 1933.

ruchu. Leży bez ruchu jak kloda. Położony z powrotem na łóżko, leży apatycznie w dalszym ciągu, postękując i od czasu do czasu pocierając czoło ręką. Zaburzeń mowy, apraksji nie stwierdza się. Zwraca uwagę wygórowanie w okolicy kości czołowej prawej, wielkości spłaszczonej mandarynki. Źrenice równe, okrągłe, oddziaływanie na światło zachowane. Na dnie oczu początek zastoiny. Pozatem w zakresie nerwów czaszkowych, kk górnych i dolnych brak zmian. Odruchy podeszwowe prawidłowe. Brak Babińskiego i Rossolimo. Zasługuje na uwagę wybitnie występujący zespół podbródkowy Flataua oraz objaw Bernharda-Schrijvera. Wa. we krwi oraz płynie m. rdz. ujemny.

Zdjęcie rentgenowskie. Od kości czołowej lewej odchodzi płaski guz o powierzchni nierównej nazewnątrz od zewnętrznej blaszki, oraz zgrubienie w kierunku jamy czaszkowej, o konturach ostrych (tumor osseus). Kanały żylne rozszerzone. Siodło rozszerzone pogłębione, grzbiet zupełnie zniszczony, dno odwapniałe.

Podczas dalszego pobytu chorego na oddziale stan jego stopniowo się pogarszał, przyczem po pewnym czasie (sub finem) zaznaczyła się lekka asymetrja twarzy na niekorzyść strony prawej. Lewa gałka oczna nieco wypięta. Narastająca senność. 7. IV. Wydaje się nieprzytomny; przy ruchach biernych postękuje. Zespół podbródkowy utrzymuje się bez zmian. W nocy zmarł.

Na sekcji stwierdzono nowotwór wielkości dużej pomarańczy (wymiary: długość 6 cm, szerokość 7,5 cm, średnica największego przekroju 7,1 cm.), pokrywający pierwsze dwa lewe zawoje czołowe oraz przylegający brzeg przyśrodkowego prawego płata czołowego. Tylną granicę nowotworu tworzy sulcus praecentralis, do którego nowotwór bezpośrednio przylega (zdjęcie I-sze). Na przekroju czołowem przed spoidłem wielkiem (zdjęcie II-gie) widzimy, że I. i II. lewe zrazy czołowe, a obok tego znaczna masa istoty białej, do nich przylegająca, uległy zredukowaniu do wąskiego rąbka, okalającego nowotwór od strony wewnętrznej i dolnej. Na następnym przekroju czołowym poprzez przednie rogi komór bocznych (zdjęcie III) nie widać po stronie lewej zarysów komory, spoidło zaś o niewyraźnych granicach przemieszczone jest w dół, podczas gdy po stronie przeciwnej dobrze zarysowują się przekrój komory (przemieszczonej wdół i w prawo), spoidło, jądra ogoniaste i soczewkowate oraz torebka wewnętrzna. Nowotwór jest tu znacznie mniejszy, przesuwa się ku górze, a na przekroju poprzez sulcus praecentralis jest już niewidoczny. Jądra ogoniaste, soczewkowate oraz wzgórza wzrokowe występują tu obustronnie, są jednak po stronie lewej zatarte. Rysunek przekroju w okolicy istoty czarnej (substantia nigra) występuje wyraźnie z jednej jak i z drugiej strony. Badanie mikroskopowe nowotworu wykazało: oponiak.

Klinicznie za rozpoznaniem nowotworu, obok innych objawów, przemawiała przedewszystkiem zastoina na dnie oczu. Na umiejscowienie czołowe wskazywały poniekąd zmiany psychiczne (objaw występujący zresztą przy różnych umiejscowieniach, nie wyłączając móżdżkowego), w pierwszym rzędzie zaś wygórowanie kości czołowej (stosunkowo często towarzyszące oponiakom), stwierdzone na zdjęciu rentgenowskiem, nadto apraksja chodu.



Zdjęcie 1-sze. 1-szy przypadek guza zawojów czołowych.
Powierzchnia nowotworu.



Zdjęcie 2-gie. 1-szy przypadek guza zawojów czołowych.
Widok przekroju czołowego przed spoidłem wielkim.



Zdjęcie 3-cie. 1-szy przypadek guza czołowego.
Przekrój poprzez bieguny przednich rogów komór bocznych.

Wydatne znaczenie lokalizacyjne miał też całkowity zespół podbródkowy.

W przypadku drugim [1]) całkowity zespół podbródkowy utrzymywał się aż do wystąpienia burzliwego okresu napadów padaczki Jacksonowskiej.

Chory Ch. D B, l. 39. Przybył na oddział 3. 8. 1935 r. Od 4-ch lat napady ogólnych drgawek z utratą przytomności z następczemi bólami głowy. Od pół roku napady ograniczają się do kurczów w lewej kończynie górnej. Od kilku tygodni zaburzenia chodu. Przedmiotowo: zamroczony, wybitna zastoina na dnie oczu z krwotokami, niedowład ośrodkowy prawego n. VII-go, osłabienie siły mięśniowej pr. k. g, w mniejszym stopniu — lewej, osłabienie odruchów brzusznych po str. lewej, wzmożenie lewych odruchów kolanowych i ze ścięgien Achillesa, dodatni Babiński po str. lewej, zaburzenia czucia gnostycznego w l. k. g., zaburzenia chodu (prowadzony, chodzi drobnym kroczkiem; sam nie chodzi ani stoi, pada do tyłu) Wybitny zespół podbródkowy Flataua przed wystąpieniem na oddziale drgawek Jacksonowskich; z tą chwilą zaznaczyło się wyraźne osłabienie odruchów rog.-podbr, zwłaszcza po stronie lewej. Inne odruchy podbródkowe pozostały bez zmian. W czasie napadów Jacksonowskich w l. k. g., zwłaszcza kiści, następowało wzmożenie odruchu Babińskiego oraz zjawiał się odruch Rossolimo. Rentgenologicznie stwierdzono odwapnienie podstawy czaszki i zniszczenie siodła.

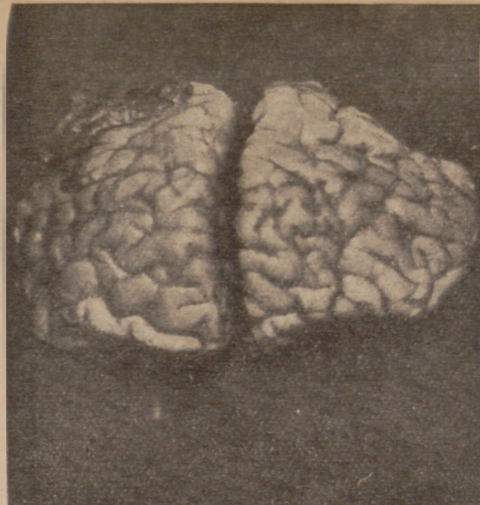
Lokalizację guza oparto w danym przypadku na drgawkach Jacksonowskich, objawach lewostronnych oraz zaburzeniach czucia gnostycznego. Dane te kazały myśleć o nowotworze w okolicy zakrętów środkowych z rozprzestrzenieniem się guza raczej ku tyłowi. Chorego zakwalifikowano do wentrykulografji, ze względu jednak na ciężki stan przystąpiono niezwłocznie do zabiegu.

Na operacji (Dr. Goldstein) po dokonaniu obszernej trepanacji stwierdzono w obrębie II-go zakrętu czołowego nowotwór wielkości śliwki, niewystający ponad powierzchnię, odgraniczający się ostro od otoczenia swem zabarwieniem wiśniowem. Część guza usunięto.

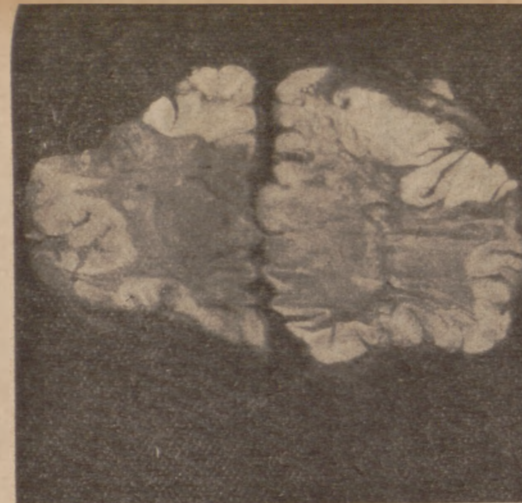
Niebawem chory zmarł. Sekcja wykazała, co następuje (zdjęcia 4. i 5.).

Miejsce po usunięciu guza przedstawia się jako masa postrzępiona koloru brunatnego. Wymiary guza: w linji strzałkowej — 3 cm, w linji czołowej — 4,5 cm. W kierunku poprzecznym guz obejmuje II-gi zakręt czołowy, częściowo I-szy, do III zakrętu nie wkracza. Na przekroju czołowym poprzez przednie bieguny nowotwór przedstawia się w kształcie klina, przenikającego ostrzem w białą istotę podkorową na niedużą przestrzeń w głąb i w kierunku przyśrodkowym (zdjęcie 5-te). Na następnym przekroju czołowym poprzez ciało prążkowane nowotwór widoczny już jest tylko w postaci małego krążka.

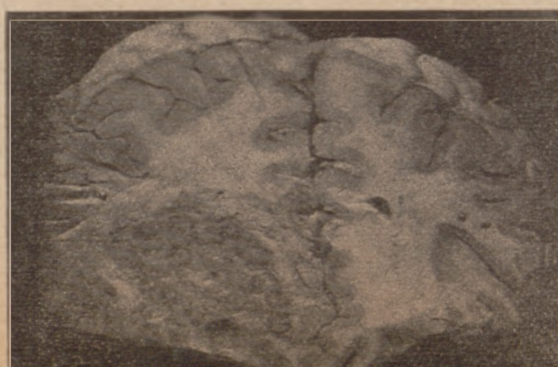
[1]) Przypadek będzie szczegółowo opisany.



Zdjęcie 4-te. 2-gi przypadek guza zawojów czołowych.
Powierzchnia nowotworu.



Zdjęcie 5-te. 2-gi przypadek guza czołowego.
Przekrój czołowy.



Zdjęcie 6-te. 3-ci przypadek guza czołowego.
Przekrój poprzez przednie bieguny.



Zdjęcie 7-me. 3-ci przypadek guza czołowego.
Następny przekrój czołowy.

Tak więc i w tym przypadku c. z. p. wskazywał na okolicę czołową. Bez uwzględnienia c. z p. właściwe rozpoznanie topiczne, jak to widzieliśmy, było niezwykle utrudnione. Osłabienie odruchów rog.-podbr. w okresie napadów padaczkowych należy do zjawisk, wielokrotnie przez nas spostrzeganych, a świadczy o zaatakowaniu (w przypadkach nowotworu — działaniu na odległość, ewent. działaniu toksycznem) t. zw. okolicy „subpallidalnej"[2]).

Ze względu na powyższą okoliczność ważna jest dłuższa obserwacja chorego, dotkniętego guzem mózgu. Szczególnie dużą wartość lokalizacyjną posiadają objawy początkowe choroby, ewentualnie występujące w okresie względnej ciszy sprawy nowotworowej.

Bardzo pouczający jest, wreszcie, i trzeci przypadek guza płata czołowego.

Chory Ant. Netk.., l. 69. Przybył na oddział dn 10.I.1935. Przed 4-ma tygodniami wystąpiło osłabienie lewych kończyn, stopniowo potęgujące się. Przedmiotowo stwierdzało się na oddziale: brak zmian na dnie oczu, lewostronny niedowład nieznacznego stopnia z nieznacznem zajęciem dolnych gałązek l. n. twarzowego i nieznacznem też zbaczeniem języka w lewo Ponadto: wybitne wzmożenie napięcia we wszystkich kończynach, zwłaszcza lewych, z przewagą zginaczy, stała tendencja do utrzymywania k. d. lewej, zgiętej w biodrze i kolanie, w mniejszym stopniu — to samo w prawej k., odruchowe zginanie kończyny przeciwnej przy biernem wyprostowywaniu drugiej, wzmożenie odruchów okostnowych i ścięgnistych prawych przy pewnem osłabieniu lewych, dodatni Babiński lewostr., przy braku objawu Rossolimo. Brak zaburzeń czucia W y b i t n y z e s p ó ł p o d b r ó d k o w y F l a t a u a. Tętnice obwodowe n. kk. górnych znacznie pokręcone, tętnią wyraźnie. Głuche tony serca. Ciśnienie krwi 150/90. Zmiany psychiczne typu dementywnego.

Na podstawie powyższego obrazu rozpoznano: „Rozmiękczenie mózgu (przypuszczalnie rozsiane) z głównem ogniskiem w półkuli prawej, prawdopodobnie w torebce wewnętrznej z zajęciem dróg pozapiramidowych".

Wybitny zespół podbródkowy Flataua wskazywał, według naszego doświadczenia, na dwie możliwości: a) sprawa rozsiana (z wyłączeniem m. in. masywnego ogniska rozmiękczenia w okolicy torebki wewnętrznej); b) sprawa uciskowa w obrębie pierwszych dwóch zawojów czołowych.

Sekcja, dokonana 4.II. 1935 r. (Dr. P ł o ń s k i e r), wykazała,

[2]) Patrz: „Zachowanie się odruchu rog.-podbr. w schorzeniach korowych i podkorowych".

co następuje: Neoplasma lobi frontalis helmisph. dextr. cerebri. Bronchopneumonia abscedens et gangrenescens pulmonis utriusque. Arteriosclerosis universalis. Hypertrophia cordis. Inanitio.

Na cięciu czołowem poprzez przednie bieguny (zdjęcie VI-te) nowotwór dosyć ostro odcina się od istoty białej, która go otacza ze wszystkich stron. Guz umiejscowiony jest bliżej podstawy i części przyśrodkowej płata czołowego. Na następnym przekroju czołowym (zdjęcie VII-me) guz półkuli prawej zajął miejsce przedniego odcinka ciała prążkowanego, którego przekrój poprzeczny wyraźnie zarysowuje się po stronie lewej.

Na dalszych przekrojach guz jest już niewidoczny.

Przypadki nowotworów okolicy zawojów środkowych, ciemieniowej, potylicznej, skroniowej, móżdżkowej i podstawy mózgu (bierzemy w rachubę wyłącznie materjał sekcyjny) nigdy c. z. p. nie dawały.

* * *

Zasadniczy wniosek, jaki się wyłania w świetle naszego materjału kliniczno-anatomicznego, sformułować można w sposób następujący.

Obecność w danym przypadku całkowitego zespołu podbródkowego wskazuje na dwie możliwości: a) sprawę uciskową, umiejscowioną wyłącznie w zakrętach czołowych i b) schorzenie zapalne albo zwyrodnieniowe (rozsiane, rozlane, układowe).

Znaczenie praktyczne powyższego wniosku ujawnia się zarówno w diagnostyce różnicowej, jak i topicznej nowotworów mózgu.

1. Djagnostyka różnicowa.

Przypadki, nastręczające trudności rozpoznawcze w sensie charakteru schorzenia (nowotwór mózgu, sprawa rozsiana, jak stwardnienie rozsiane i t. p.?).

Obecność w takich przypadkach c. z. p. przechyla szalę rozpoznania na korzyść sprawy rozsianej, niezależnie od umiejscowienia sprawy, za wyjątkiem jednak zakrętów czołowych.

Przy umiejscowieniu czołowem całkowity zespół podbródkowy nie może rozstrzygnąć kwestji: nowotwór czy sprawa rozsiana? Tu już całą uwagę kierować musimy na t. zw. objawy ogólne wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego (bóle głowy, za-

stoina i t. d.). Błędy rozpoznawcze nie zawsze łatwo dadzą się uniknąć, szczególnie złudne bywają zmiany na dnie oczu pochodzenia nienowotworowego.

Przy innej, nieczołowej lokalizacji sprawy chorobowej (jak jądra podstawne w okolicy „subpallidalnej“, pień mózgowy na całej rozciągłości, pozaczołowa część kory mózgowej i przylegający do niej pokład istoty białej oraz móżdżek) — obecność c. z. p. wyłącza nowotwór.

2. Djagnostyka topiczna w nowotworach mózgu.

Gdy charakter nowotworowy schorzenia ustalono ponad wszelką wątpliwość, c. z. p. przemawia za umiejscowieniem wyłącznie w zakrętach czołowych (przedewszystkiem I-ym i II-im.).

W pozostałych umiejscowieniach występują wyłącznie zespoły częściowe (nowotworu przysadki nie bierzemy pod uwagę).

Najeżona nieraz trudnościami djagnostyka różnicowa między guzem czołowym i guzem tylnej jamy czaszkowej zyskuje w zespole podbródkowym poważne oparcie. C. z. p. wskazuje na guz czołowy, częściowy zaś zespół podbródkowy przechyla szalę na korzyść rozpoznania guza tylnej jamy czaszkowej.

W nowotworach móżdżku spotykaliśmy się m. in. z obecnością odruchów rog. podbr. obok braku pozostałych.

W nowotworach kąta mostowo-móżdżkowego stale brak było odruchu rog. podbr., jednostronnie albo częściej obustronnie.

Nawiasem zauważymy, że w guzach kątowych spostrzegaliśmy kilkakrotnie ciekawy objaw w mięśniu bródkowym, a mianowicie, wzmożenie pobudliwości mechanicznej tej jego połowy, która objęta była niedowładem n. twarzowego. Druga połowa mięśnia bródkowego kurczyła się pod wpływem uderzenia młotkiem perkusyjnym w sposób o wiele mniej wydatny.

W końcu pragniemy jeszcze zaznaczyć, że ropnie mózgu, aczkolwiek objawowo pod wieloma względami zbliżone są do nowotworów, to jednak w stosunku do zespołu podbródkowego zachowują się odmiennie. Niezależnie od umiejscowienia ropnia w różnych okolicach kory mózgowej (wraz z przylegającym pokładem istoty białej) i móżdżkowej zespół podbródkowy występował stale w postaci całkowitej.

Przypuszczalnie, chodzi tu o zbyt słabe w licznych przypadkach działanie ropnia na odległość.

Sprawozdania z posiedzeń naukowych.

Sprawozdania z posiedzeń w r. 1935 (ciąg dalszy).

Kipmanowa i Rotstadt. **Przypadek krwawienia podpajęczynówkowego z tarczą zastoinową i brakiem odruchów kolanowych.** (Z oddz. Wł. Sterlinga).

Chory, l. 38, przybył 8.X.1934 r. Przed miesiącem ciężki wstrząs psychiczny. W 2—3 dni, nagle, z nocy, uczucie jakby uderzenia młotem w głowę; przytomności nie stracił, drgawek nie było, jedynie miał wrażenie jakby kończyny prawe zaważyły „100 kg.“. Bóle glowy, wymioty, oraz osłabienie kk. prawych trwały całą noc. Następnie zanikanie tych objawów; po paru dniach wstał. 3 dni przed przybyciem do szpitala, również nagle, doznał powtórnie uczucia uderzenia w głowę; tym razem był nieprzytomny cały dzień. Następnego dnia oprzvtomniał; miał znów wrażenie, że kk. prawe są cięższe; przeszło to w ciągu nocy; bóle głowy nie ustąpiły. Wydawało mu się, że gorzej widzi.

St. ob.: Tętno 70, napięte. T^0 37^6. Bardzo silne bóle głowy; znaczna bolesność rozlana głowy z opuku; oczopląs. Tarcze różowe, granice zatarte, przykryte obrzękiem dość przezroczystym (wyniosłość 1 D.); żyły rozszerzone. W pr. oku zrost tylny na godz. 3, prawdopodobnie po zapaleniu tęczówki. Ruchy głową zachowane. Bierne zginanie głowy, w 1-ej fazie wolne, w fazie końcowej, zbliżania podbródka do klatki piersiowej, wyczuwa się opór, powoduje to ból głowy z przygięciem kolan (obj. karkowy Brudzińskiego). Objaw Kerniga t. ż dodatni. Kk. górne i dolne pod względem siły, ruchów i napięcia bez zmian. Odruchy Tr., Per., Achill. słabe; PR — zachowane; Abd — brak; Flexio plantaris obustronnie. Płyn mózg.-rdzen. ksantochromiczny; ciśnienie znacznie zwiększone. W płynie 260 neutrofilów; NA +; B = 0,25‰. W krwi mocznika = 0,34‰. Ciśnienie $^{190}/_{100}$ mgr. Hg. W moczu: C. g: 1015; B = 0,66%; w osadzie 15—20 leuk., liczne

kom. pł., i wielokątne i okrągłe, 1—2 wałeczki szkliste i ziarniste w polu widzenia. Odcz. Wass. we krwi i płynie m.-rdz. ujemny.

W szpitalu stała poprawa; bóle głowy, objawy oponowe zmniejszały się z dnia na dzień i prawie ustąpiły. Po paru dniach powtórne nakłucie lędźwiowe; płyn ksantochromiczny, ciśnienie nie zwiększone; NA$\pm$; B=0,25%; 76 neutr. W moczu już jedynie ślad białka, bez wałeczków.—A więc u osobnika młodego, uprzednio zdrowego, 2-krotnie, zupełnie nagle, wystąpił b. silny ból głowy z wymiotami, a za 2-im razem z utratą przytomności. Objawy ogniskowe były b. znikome, oponowe wyraźne; puls był wolny, T° — do 38°, białkomocz przemijający; płyn mózg.-rdzen. ksautochromiczny. Rozpoznano więc: haemorrhagia subarachnoidalis (lub leptomeningitis haemorrhagica).

Przypadek zasługuje między innemi na uwagę ze względu na zastoinę na dnie oczu, co w samoistnych krwotokach podpajęczynówkowych notowano rzadko. Przypadki z krwotokami w siatkówce podali Mackiewicz, Herman, Goldflam. W przyp. Goldflama i Bittorfa zastoina przetrwała wszystkie inne objawy. Przyczyna tych krwotoków, obrzęków oraz zastoiny tarczy wzrokowej jest nieustalona. Dupuy, Dutemps i inni uważają, że mogą być one wynikiem wypełnienia krwią przestrzeni podpajęczynówkowej w pochewce n. wzrokowego; krew uciska żyłę środkową siatkówki w miejscu przejścia jej przez jamę międzypochwową n. wzrokowego, co może spowodować zastój żylny z wymienionemi objawami. Zdaniem innych krwotok może być z przyczyny ogólnej, doprowadzającej do pierwotnych wynaczynień per diapedesim. Na skutek zaburzeń w nerwach naczynioruchowych (z podrażnienia ich) nastąpić może zwężenie światła tętnicy środkowej siatkówki, a stąd zwolnienie krwiobiegu i zastój żylny — oraz wynaczynienie per diapedesim. Goldflam tłumaczył tarczę zastoinową tem, że wylew krwawy—jakby ciało obce—wywołuje podrażnienie opon, rodzaj meningitis serosa ze wzmożeniem ilości płynu m.-rdzen. i pleocytozą, a to skolei daje wzmożenie ciśn. wewnątrzczaszkowego, względnie zastoinę. — Pozatem stwierdzono tu słabe odruchy per. i tric. oraz ze ścięgna Achillesa — obok braku brzusznych i kolanowych. Już Goldflam zwracał uwagę, że w krwawieniu podpajęczynówkowym samoistnym odr. okostnowe i ścięgniste przeważnie zanikają lub słabną, a są wogóle b. zmienne i mogą wrócić, względnie ulec ożywieniu, po wypuszczeniu pewnej ilości pł. m.-rdz. Zwłaszcza to ostatnie, wedł. Goldflama, wskazuje, że przyczyną osłabienia odruchów, jak również bólów krzyża — jest tu podrażnienie korzeni lędźwiowokrzyżowych przez wylaną krew, wzgl.

pewien odczyn zapalny opon miękkich rdzenia. Wreszcie zasługuje tu na uwagę przemijający białkomocz. Białkomocz masowy (od 2—20 gr. na litr) — bez innych objawów schorzenia nerek — opisany był w tem schorzeniu poraz pierwszy przez Guillaine'a; niekiedy mija on po 24 g. Tu ilość białka = 0,66%, opadła również szybko do śladów jego, lecz 1–2 wałeczki ziarniste i szliste, łącznie ze wzmożonem ciśnieniem krwi, świadczyły o pewnem zaburzeniu w czynności nerek. Wyłączenie tu krwawienia podtwardówkowego, udaru mózgowego, mocznicy nie nastręczało trudności.

Rokowanie w samoistnem krwawieniu podpajęczynówkowem jest naogół dobre, lecz możliwe są nawroty, a nawet i zejście śmiertelne. Nazwa omawianego cierpienia jest jeszcze nieustalona. Czy słuszniejsza haemorrhagia subarachnoidalis, czy leptomeningitis haemorrhagica? Większość wypowiada się za krwawieniem podpajęczynówkowem, uważając, że sprawą pierwotną jest tu krwotok, a pleocytoza w pł. m. rdz. — nie dowód zapalenia opon, lecz odczynu ich na drażnienie wylaną krwią (patrz badania o tem Flataua i Tarapaniówny). Rzecz sporna też, jakie schorzenia łączyć pod nazwą samoistnych krwotoków podpajęczynówkowych. Malzdorf—a i Flatau, zaliczają tu wszystkie, prócz urazowych, uważając omawiane cierpienie za idiopatyczne. Goldflam natomiast zalicza tu jedynie te ostatnie, nazywając je samorodnemi. Według Goldflama—krwotoki podpajęcz. samorodne, lub jak je inaczej nazywa, naczynio-neurotyczne, mają ścisłe powinowactwo z migreną. Krwotoki w leptomeningitis haemorrhagica, według Goldfama, są żylne. Tem się tłumaczy powstanie sprawy chorobowej po wstrząsie psychicznym, wiadomo bowiem, że wstrząsowi psychicznemu towarzyszą nagłe zmiany naczynioruchowe. Uraz psychiczny podziałał i w danym przypadku. Ostatnio wypowiedziano przypuszczenie (autorzy holenderscy), że przyczyną krwotoków podpajęczynówkowych jest haemangiomatosis, U nas pierwsi Handelsman i Rotstadt w r. 1914 przedstawili w Towarzystwie neurologiczno psychjatrycznem Warsz. Tow. Lek. chorego z krwotokiem podpajęczynówkowym. Pierwszy dokładny opis samoistnych krwotoków podpajęczynówkowych podał w 1918 r. Flatau.

Rotstadt, który chorego skierował do szpitala, podkreśla wagę wczesnego rozpoznania leptomeningitis haemorrhagica spontanea, gdy ból głowy, z wymiotami, sztywnością karku i większem — mniejszem zamroczeniem wystąpi, jak tu, nagle, u osobnika młodego. W cierpieniu tem pierwszorzędne znaczenie rozpoznawcze i lecznicze (jak i tu) ma nakłucie lędźwiowe. Wykonane lege artis — z zachowaniem należytej ostrożności (wypuszczać płyn, nie wyjmując zrazu drucika w całości z igły — kroplami, zawsze w ułożeniu

poziomem) nie może grozić życiu chorego, gdyby nawet ujawnione tu zmiany na dnie oczu były zwiastunami guza w tylnej jamie czaszkowej. Wysiłki fizyczne nadmierne, a i wstrząsy psychiczne, nagłe, mogą u ludzi młodych, z ustrojowo wrażliwym układem naczynioruchowym, spowodować te przemijające, pierwotne, wybroczyny podpajęczynówkowe. Od stopnia krwotoku, jego umiejscowienia, czasu i nawrotów, zależy ten lub inny obraz kliniczny.

W rozprawie Karbowski zastanawia się, czy nie było tu wylewu krwawego do przestrzeni pajęczynowatej na tle infekcji grypowej; zarazek tej jest hemofilny, często jedynym tego objawem są wylewy krwawe w przestrzeni podnabłonkowej śluzówki gardzieli, a znacznie częściej w przestrzeni podnabłonkowej błony bębenkowej lub przewodu kostnego słuchowego zewnętrznego (myringitis et otitis externa bullosa haemorrhagica). K. sądzi, że należy rozróżniać krwotoki podpajęczynówkowe, a krwotoki w przestrzeni międzypajęczykowatej.

Biro przypomina opisane przypadki leptomeningitis haemorrhagica, w których tarcza zastoinowa występowała tylko w jednem oku.

Herman odróżnia krwotok podpajęczynówkowy samoistny (haemorrhagia subarachnoidalis spontanea) od zapalenia krwotocznego opon miękkich (leptomeningitis haemorrhagica). Nazwa pierwsza odnosiłaby się do przypadków krwotoku samoistnego, zazwyczaj u osobników młodych. Określenie drugie stosować należy do krwotoków podpajęczynówkowych o tle zapalnem, a więc wtórnych, nprz. leptomeningitis haemorrh. luetica, tbc., epidemica i t.d. Gorączka w przebiegu krwotoków do opon nie jest koniecznie wyrazem jej stanu zapalnego, lecz często wynikiem odczynu opon na wylew krwawy. H. wykazał to w swojej pracy. Każdy nawrót wzmaga t°.

Higier w rozważaniach dochodzi do wniosku, że słuszniejszą nazwą niż dawna — leptomengitis haemorrhagica — byłaby poprostu nazwa haematoma piae. Jako czynnik etjologiczny tu zaważyć mogą też anomalje w budowie opony miękkiej, wzgl. drobne tętniaki.

Kipmanowa w odpowiedzi tłumaczy różnicę między przestrzenią międzypajęczykowatą (w której krwotoki, sądząc z piśmiennictwa, nie są prawie wymieniane, a przestrzenią podpajęczynówkową, która jest siedliskiem krwotoków w krwawieniu samoistnem, wzgl. w leptomeningitis haemorrhagica.

Rotstadt tłumaczy, że nie było tu znamion grypy ani innej sprawy zakaźnej. Płyn mózgowo rdzeniowy w haemorrhagia subarachnoidea ulega, szczególnie w momentach nawrotu, swoistej ewolucji, którą R. omówił szczegółowo w pracy swej: O cytologji płynu mózg.-rdzeniowego (r. 1918). — [1]).

[1]) Rotstadt badał chorego powtórnie po kilku miesiącach; stan jego był pomyślny; powrócił do pracy.

Płońskier. **Pokazy anatomopatologiczne.**

Raki przełyku o niezwykłym przebiegu.

1. Rak przełyku u 56-letniej kobiety.

Nowotwór rozwijał się w górnej części przełyku, w odległości 3 cm. od krtani i rósł nazewnątrz, niszcząc całkowicie lewy płat tarczycy.

2. **Rak wrzodziejący przełyku u mężczyzny 48-letniego.**

Nowotwór rozwijał się w dolnej części przełyku, niszcząc w tem miejscu całkowicie ścianę przełyku i przylegającą część ściany tętnicy głównej piersiowej.

Po przebiciu ściany tętnicy głównej wystąpił krwotok do żołądka; śmierć nastąpiła wskutek krwotoku.

3. **Przyp. ropnia pozagardzielowego z ogólną ropnicą.**

Mężczyzna 38-letni zachorował przed 8 dniami: gorączka, dreszcze, bóle gardła, trudne połykanie.

Na sekcji stwierdzono ropień pozagardzielowy lewostronny, ropne zapalenie stawów i przyczepów mięśni w okolicy stawów na górnych i dolnych kończynach. Zakrzepowe zapalenie zastawek tętnicy głównej. Zawały śledziony, nerek i mięśnia sercowego. Ostre zatorowe zapalenie nerek. Ropne zapalenie opłucny. Na uwagę zasługuje umiejscowienie ropnych ognisk w stawach i w ich otoczeniu.

4. **Przyp. raka płuc z rozległemi przerzutami.**

Na sekcji mężczyzny 63 letniego stwierdzono: rak lewego płuca, przerzuty do mózgu, skóry, otrzewny, nadnerczy i do wszystkich gruczołów limfatycznych.

Karbowski i Mesz. **Przyczynek do rentgenografji ropni mózgu.**

Przyp. dotyczy 11-go chorego, który skierowany został na oddział z rozpoznaniem: ropne zapalenie opon usznego pochodzenia. Na oddziale wykryto ropień mózgu, w wyniku zapalenia opon na tle przewlekłej sprawy usznej. Po opróżnieniu ropnia poprawa stanu ogólnego, lecz miejscowo jeszcze w końcu drugiego tygodnia nie było poprawy. Podczas opatrunku stale wydobywała się cuchnąca ropa, pomimo stosowania szerokiego drenu szklanego. Zastosowano zdjęcie kontrastowe jamy ropnia, po wprowadzeniu 40% lipjodolu; ustaliło ono duży zaciek poniżej poziomu drenowanego otworu. Wprowadzenie lipjodolu do jamy ropnia okazało się bardzo korzystne dla przebiegu pooperacyjnego. Kilkakrotne wprowadzenie li-

pjodolu dało szybką i nieoczekiwaną poprawę. Tłumaczyć należy to nie tylko działaniem odkażającem środka, zawierającego 40% jodu, lecz wchodzi tu w grę i moment mechaniczny. Lipjodol, o ciężarze gatunkowym wyższym niż treść ropna, opada do najniższych punktów, sprzyja i lepszemu sączkowaniu, zapobiega zaleganiu treści ropnej.

W rozprawie L u b l i n e r, omawiając ropnie mózgu prawostronne, zwrócił szczególną uwagę na ich skłonność do szerzenia się bez objawów. Stąd nazywają je — według angielskiej nomenklatury — niememi — stąd ich niebezpieczeństwo. Operowane przez L. w porę ropnie mózgu dawały 60—70% wyleczenia. Wprowadzenie tu do jamy ropnia lipjodolu miało właściwie na celu ustalić rozmiary i granice ropnia; przypadkowo lipjodol odegrał tu rolę środka leczniczego. D w o r e c k i zapytuje — jaka była flora bakteryjna ropy; sądząc z charakteru jej mogła być wywołana przez pałeczkę okrężnicy lub odmieńca, bądź beztlenowce gnilne. L u b e l s k i, przeciwstawiając się tezie prelegenta, wskazuje, że przy otwartych ropniach dąży się do zasklepienia jamy przez ciągłe zmniejszanie jej pojemności; trudno uzyskać to, wypełniając jamę ropnia lipjodolem. Niekiedy dobre wyniki dają autoszczepionki. O wyleczeniu trwałem mowy tu być jeszcze nie może; bardzo często występują u chorych tych nawroty; sprawa wymaga pilnej obserwacji. H i g i e r podkreśla łatwe względnie wykrywanie ropni mózgu usznego pochodzenia, lecz często specjalnie trudne rozpoznanie wczesne ropni prawostronnych. Trudno tu mówić o wyzdrowieniu; wiadomo, jak często zachodzi możliwość mnogich ropni mózgu.

S t a b h o l z, opierając się na doświadczeniu czasu wojny, zaznaczył, że w leczeniu ropnia mózgu nie spostrzega się istotnego zapadania się jamy jego. Jeżeli stosowanie lipjodolu da — jak tu — wyniki tak bardzo zachęcające, to odgrywał by tu on rolę plomby jak w leczeniu innych jam, nprz gruźliczych i t. d.. F e j g i n uważa stosowanie lipjodolu w podobnych przypadkach za słuszne; — analogiczne, korzystne zjawiska, spostrzega się choćby w leczeniu ropni płuc. F. zastanawia się również nad możliwością zastosowania, rodzajem próby, tu dodatkowo — jako środka leczniczego — krótkich fal. B i r o sądzi, że lipjodol może właśnie tu mieć i znaczenie lecznicze. M e s z, rozważając zachowanie się lipjodolu w przypadkach wlewań dordzeniowych, stwierdza brak jakichkolwiek objawów w przeciągu szeregu lat. Sądzi o prawdopodobnej nieszkodliwości stosowania tego środka i w ropniach mózgu. Działanie lipjodolu wydaje się tu korzystne, gdyż jamy, jak wskazują rentgenogramy, stają się coraz mniejsze.

G o l d s t e i n, wychodząc z założenia, że w gojeniu ropnia mózgu dążymy przedewszystkiem do wytworzenia blizny,

uważa lipjodol, który się wszak nigdy nie wsysa, za nienadający się tu do celów leczniczych. Bregman dodaje, że ropnie skroniowe zazwyczaj dobrze się goją i po zastosowaniu dotychczasowych metod postępowania; lipjodol należałoby zarezerwować dla tych ropni, które się szerzą, dając coraz nowe objawy, a to zmusza chirurga do powtórnych interwencji w istocie mózgowej. Sołowiejczyk podkreśla wagę, dla gojenia się tego rodzaju ropni, właściwej metody operacyjnej oraz zapobiegania wypadaniu mózgu. Co się tyczy osiągniętego wyniku, to niewątpliwie Karbowski uzyskałby to samo, gdyby zastosował nprz. emulsję jodoformową i t. p. Lipjodol, jako obce ciało — pozostaje w mózgu bardzo długo, to już budzić może niepewność. Karbowski wyjaśnia, że wprowadzenie lipjodolu miało przedewszystkiem na celu ustalenie rozmiarów i granic ropnia; tu ustaliło uchyłki w jamie ropnia, poniżej poziomu odprowadzającego otworu. Lipjodol wypełnił te uchyłki, umożliwił drenowanie; lipjodol znacznie wyższy ciężarem gatunkowym wytłoczył zbierającą się wydzielinę ku powierzchni. Na wydzielinę cuchnącą — wywołaną przez proteus vulgaris — wpływ lipjodolu mógł być tylko dodatni (pouczają o tem przypadki ropni płuc, leczonych tą samą motodą). Doświadczenia Flataua na zwierzętach wskazały, że lipjodol, wprowadzony do układu nerwowego, pozostać tam może kilka lat — nie wywołując ubocznych objawów. K. zgadza się, że pomimo dobrego stanu chorej, o trwałem wyleczeniu sądzić dziś jeszcze nie można; sprawa wymaga dalszej obserwacji.

M. Lichtenstein. **Przyczynek do samoistnego gojenia się przetok żółciowych**. (Z oddz. J. Szpera).

B. K., l. 45, panna, została przepisana na oddział chirurgiczny ze szpitala św. Łazarza z rozpoznaniem: kamica żółciowa, zatkanie przewodu żółciowego wspólnego, żółtaczka mechaniczna. Chora od 2 lat. Miewała kilkakrotnie napady bólowe w okolicy prawego łuku żebrowego; bólę opasujące promieniowały ku prawej łopatce; ciepłota ciała się podnosiła, były nudności, żółtaczka nasilająca się lub słabnąca. Stolce były odbarwione; mocz ciemny; swędzenie skóry. Gdy przybyła — stan bardzo ciężki; wyniszczona; błony sluzowe i skóra blade z odcieniem żółtawym. Język podsychający, pokryty szarawym nalotem. Podniebienie, migdałki i błona sluzowa gardzieli bez zmian. W płucach obustronnie nieliczne rzężenia średniobańkowe oraz furczenia. Inne granice prawidłowe; akcja miarowa, tony głuchawe, tętno 130, słabo napięte i wypełnione. T° 39,0. Brzuch bardzo bolesny, zwł. po stronie prawej. Brzeg wątroby wyczuwalny o 3 palce niżej łuku że-

browego, powierzchnia gładka tkliwa na ucisk. Śledziona niewyczuwalna. W moczu, poza barwikami żółciowemi, bez odchyleń od normy. Krew: ciałka białe — 9200; neutrofilów 67%, limfocytów 25%, monocytów 6%. Czas krzepnięcia 11 minut. Po 3 dniach stan chorej nieco się poprawił, jednak ciepłota ciągle była wysoka. L. przystąpił do zabiegu operacyjnego 30.V.34. W uśpieniu eterowem, cięcie równoległe do prawego łuku żebrowego. Po otwarciu jamy otrzewnej stwierdzono: pęcherzyk żółciowy pokryty siecią, w zrostach; pęcherzyk, mały, otwarto, zawierał niewielką ilość gęstej żółci oraz kamienie. Przewód pęcherzykowy i żółciowy wspólny otoczone bliznowatą tkanką, sięgającą do dwunastnicy, z jednej strony, i do przewodu wątrobowego, z drugiej. Tkankę tę nacięto, obnażono przewód żółciowy wspólny, z którego przez nakłucie nie udało się żółci wydobyć. Miejsce nakłucia rozszerzono i przez otwór wprowadzono klamp do dwunastnicy. Natomiast w kierunku wątroby przewód żółciowy był nieodzowny. Po oddzieleniu na ostro twardych zrostów dotarto do przewodu wątrobowego, który nacięto, wprowadzono doń dren gumowy; z drenu obficie odpływa żółć. Ze względu na intensywność zmian zapalnych i wielką odległość odcinków przewodu wątrobowego i żółciowego wspólnego (usunięcie tkanki bliznowatej było połączone z wielkiemi trudnościami), a także z powodu ciężkiego stanu chorej, zaniechano zespolenia, względnie wszczepienia przewodu wątrobowego do jelita, i operację na tem zakończono. Przebieg pooperacyjny: — Ciepłota ciała w tydzień po operacji wróciła do normy; z rany wydziela się obficie żółć; stolce pozostały nadal niezabarwione. Wobec tego, że stan ten nie ulegał zmianie w ciągu miesiąca, dokonano zdjęcia Rtg. po uprzedniem wprowadzeniu lipjodolu do przetoki. Zdjęcie wykazało, że lipjodol wypełnia kikut woreczka żółciowego i drogi żółciowe z wyjątkiem przewodu żółciowego wspólnego. Wówczas zastosowano metodę leczniczą Meltzer-Lyona, która — jak wiadomo — polega na wprowadzeniu roztworu siarczanu magnesu przez zgłębnik do dwunastnicy. Płyn ten działa porażająco na zwieracz Oddjego i wywołuje skurcz woreczka i dróg żółciowych. W ciągu 3 miesięcy wlewano co drugi dzień po 10 cm³ 30% roztworu siarczanu magnezu. 14.IX.34 przetoka zamknięta. Badania laboratoryjne wykazały: brak barwików żółciowych w moczu. Krew: białych ciałek — 7.200 o wzorze prawidłowym. Co się tyczy piśmiennictwa tej spraw, to u nas w ubiegłym roku drukował Szper pracę w Warsz. Czasopiśmie Lek. p. t. „Postępowanie chirurgiczne i jego wyniki w kamicy żółciowej", w której podał przypadek Soupoulta, dotyczący 55-letniej kobiety z przetoką żółciową, odbarwionemi stolcami; zastosowana tam metoda Meltzer-Lyona spowodowała zamknięcie przetoki w ciągu

3-ch dni. W 1932 r. Dupuy de Frenelle podał nieco odmienną metodę leczniczą: przetokę żółciową — trwającą $4^1/_2$ miesiąca — leczono podawaniem naprzemian chlorku magnezu, urotropiny, oliwy, lipjodolu.

Br. Karbowski i Goldinberg. **Przyp. krwotoku gardzielowego w końcowym okresie błonicy.**

Przyp. dotyczył 20-kilkuletniej, u której w okresie końcowym sprawy błoniczej wystąpiło krwawienie z gardzieli; pomimo zastosowania wszystkich dostępnych środków, nie wyłączając przetaczania krwi, nie udało się opanować krwawienia. Na oddział pac. przybyła w stanie ciężkim. Tętno 130, słabo napięte; niepokój. Krwawienie było tak silne, że nie udało się ustalić miejsca krwawiącego. Celem opanowania krwotoku podwiązana została tętnica szyjna zewnętrzna i przetoczono chorej 400 gr. krwi. Krwawienie ustąpiło; chora szybko zaczęła się poprawiać. Krwotoki w przebiegu błonicy były obserwowane; nigdy jednak, o ile prelegentom wiadomo, nie było konieczności podwiązania tętnicy szyjnej zewnętrznej.

Fejgin, Grynwald i Stückgold. **Przypadek ziarnicy złośliwej o szczególnym przebiegu.**

F. E., lat 20, zgłosiła 27.I 935 r. ze skargami na kaszel, szczeg. w nocy, bóle w bokach, wzrastające z kaszlu, dreszcze i t° 38—39°. Choroba rozpoczęła się przed 3 tyg. dreszczami; (trwały z $^1/_2$ godz.), łamaniem w k.k. g. i dolnych, kaszlem, bólami w bokach oraz t° 38,5°. Leżała pierwsze dwa dni; później pracowała, pomimo gor. 37,8°—39° przez 3 tygodnie.

Przed 8 mies. chorej nagle obrzękła lewa $^1/_2$ twarzy oraz okolica podszczękowa po tejże str. bez bólów, ale z t° 37,5 — 39,5°; tak trwało 2 tyg. Obrzęk powiększał się powoli, był twardy i bolesny. Po 2 tyg. nacięcie w okolicy podszczękowej lewej; usunięto dużo ropy; t° spadła do normy. Po 6 tyg. rana się zasklepiła, lecz po 8 dniach otworzyła; ropienie trwało jeszcze 2 miesiące. Chora miewała wówczas dolegliwości śród łykania pokarmów; mogła spożywać tylko płyny; nie dobrze otwierała usta. Po 2-miesięcznem ropieniu dentysta usunął dolny ząb trzonowy II lewy, poczem rana pod szczęką dolną lewą w ciągu 2 tygodni się zagoiła. Po raz 1-szy chora zauważyła powiększone gruczoły chłonne po lewej str. szyi przed 4 mies. po zagojeniu się rany (wielk. od małego orzeszka do śliwki, twarde i bolesne).

Przed $1^1/_2$ rokiem silne swędzenie skóry na przedniej powierzchni klatki piersiowej i pod pachami; trwało do 2 tygo-

dni. Odtąd swędzenie w tych samych okolicach powtarzało się co 4 tyg., trwało od 2 tyg. do 1/2 roku swędzenie skóry tylko pod pachami, przemijające i słabe.

Poty całego ciała. Łaknienie upośledzone.

W dzieciństwie odra, prawostronne zapalenie pluc oraz dur. I perjod w 17 r. życia; odtąd co mies, 2-dniowe, skąpe i bolesne; ostatnio co 2 tygodnie, trwają 1 dzień, niebolesne, skąpe. Ojciec zmarł na gruźlicę płuc.

St. obecny. Budowy prawidłowej, odżywienia dobrego. Gardziel +. Gruczoły chłonne po str. lewej szyi wielkości dużego grochu, pod pachą zaś, po tejże stronie, wielkości śliwki, twarde, ruchome, nie zespolone ze skórą i b. bolesne z ucisku. Pod szczęką lewą blizny pooperacyjne, świeże. Tarczyca macalna. Żyły skórne zaznaczone w okolicy lewego sutka.

P ł u c a o d t y ł u. Przytłumienie w szczytach po str. prawej do grzebienia i od kąta łopatki po str. lewej do 1/2 łopatki. P r a w e p ł u c o: w szczycie wdech i wydech wydłużony o charakterze chuchającym; poniżej do dolnego kąta łopatki wdech pęcherzykowy, wydech słyszalny; ku dołowi oddech nieoznaczony, osłabiony i dość liczne rzężenia drobno- i-średniobańkowe. W lewem płucu oddech zaostrzony, rozsiane rzężenia drobnobańkowe: w obu świsty i furczenia. O d p r z o d u. Przytłumienie w obu dołkach nadobojczykowych i podobojczykowym lewym. Dolna granica, w linji środkowoobojczykowej, po str. pr.—6, po str. lewej zaś 4 żebro; ruchoma.

W dołku nadobojczykowym prawym wydech wydłużony o charakterze chuchającym, poniżej wdech pęcherzykowaty, wydech słyszalny. Po kaszlu słychać w dole prawego płuca pojedyńcze rzężenia drobnobańkowe. P ł u c o l e w e. W miejscu przytłumienia oddech nieoznaczony, poniżej oddech pęcherzykowaty. S e r c e w granicach prawidłowych; nad koniuszkiem I ton nieczysty. W 4—5 przestrzeniach międzyżebrowych tuż przy lewym brzegu mostka 1 ton rozdwojony. Pojedyńcze skurcze dodatkowe. Nad tętnicą płucną 2 tony ciche. Nad tętnicą główną I ton rozdwojony i nieczysty. Nad naczyniami szyjnemi 2 tony i szmerek rozkurczowy. Tętno 108, chwilami niemiarowe, miernie napięte. Wątroba wystaje spod łuku żebrowego o 2 palce poprz.; brzeg nieco zaokrąglony, niebolesny, o spoistości normalnej. Śledziona w dniu 1-go badania niemacalna; ostatnio wystaje spod łuku żebrowego o szer. palca poprzecznego; brzeg twardawy, niebolesny. Górny jej biegun na wysokości 8 przestrzeni międzyżebrowej w linji pachowej, środkowej, lewej. Układ nerwowy +, jedynie odruchy gardzielowe i spojówkowe zniesione. Obrzęków niema. W moczu urobilinogen i urobilina zrazu lekko wzmożone, później niewzmożone. 28.I OB,—15′ i 5.III OB —20′. Wass. —. Ciśn. — 115/70. Plwocina bez treści patologicznej.

Zdjęcie rentgenowskie płuc z dnia 1.II. 1935 r. bez zmian; gruczoły wnękowe duże, większe po lewej. Nad prawą przeponą okrągłe ognisko zacienienia (bronchiectasia?). Rtg. szczęki dolnej lewej bez zmian. Rtg. 12.III 35 (po 6-krotnem naświetlaniu Rtg.): gruczoły wnękowe mniejsze, kontury ostre, inne objawy, jak 1.II 935 r.

Rhinitis sicca ant. W kale jaja trichocephalus dispar, nieliczne (2 w preparacie).

Badanie krwi.

	29.I	7.III
Hemoglobina	63%	72,5%
Ciał. czerw.	3950000	3640000
Ciał. białych	18000	16200
Wskaźnik	0,8	0,9
Segment.	86%	70%
Pałecz..		1%
Limfocyty.	9%	5%
Monocyt..	4%	6
Eozynofil..	1	**18%**

Niema ani anizocytozy ani poikilocytozy.

Czas krwawienia		Czas krzepnienia
3 palec	1′45″	2′
4 „	1′55″	4′20″

Rumpell — Leede po 10 min. dodatni.

Badanie krwi na bilurubinę: bezpośrednia —, pośrednia 0,7 jedn. Białko w surowicy — 9,39%. Badanie histopatologiczne gruczołu szyjnego i zębów wykazało na wierzchołkach zębów — ziarniniak z obfitym naciekiem, przeważnie z komórek plazmatycznych; gruczoł otoczony grubym pasmem zbitej tkliz-

nowatej tkanki łącznej, która bez wyraźnej granicy przechodzi w resztki miąższu gruczołu o budowie zupełnie zatartej; tutaj widać duże ogniska „ziarniny“ z bardzo licznemi eozynochłonami, fibroblastami i dużemi jasnemi komórkami pochodzenia śródbłonkowego; gdzie niegdzie skupienia komórek typu Sternberga; w pojedyńczych miejscach drobne ogniska, składające się wyłącznie z leukocytów z rozpadłemi jądrami. Zmiany w gruczole miejscami przemawiają za ziarnicą złośliwą (Lymphrogranulomatosis).

Chora podczas 6 tyg. pobytu miała okresy gorączkowe, naprzemian z bezgorączkowemi, kiedy czuła się lepiej; w okresach gorączkowych kaszel wzrastał w nocy, występowało złe samopoczucie.

Gruczoły chłonne po naświetlaniu Rtg. zmniejszały się do wielkości małego i średniego grochu na szyi i pod pachą lewą. U przyczepu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego lewego do obojczyka ostatnio skupienie gruczołów drobnych, twardych, wielkości śliwki, niebolesnych. W płucach stwierdza się obecnie dość liczne rzężenia drobno - i - średniobańkowe w okolicy poniżej dolnego kąta łopatki prawej; pozatem norma.

Tak więc ma się tu chorą, lat 20, u której stwierdzono grypowe zapalenie płuc odoskrzelowe oraz — po przebytem ropieniu u zęba trzonowego dolnego lewego — powiększone gruczoły chłonne na szyi pod pachą, o konsystencji twardej, ruchome, niezespolone ze skórą, z ucisku przeważnie bolesne.

Nasuwało się tu zrazu przypuszczenie, że jest to sprawa zapalna w gruczołach, wywołana przez przebyte ropne zapalenie zęba. Przeciwko tej koncepcji przemawiały 2 fakty: 1) z chwilą wygaśnięcia sprawy ropnej w okolicy zęba, (przed 4 miesiącami), zmiany zapalne w gruczołach powinny były by też ustąpić, jak i ich bolesność na ucisk, i powinny by się były zmniejszyć znacznie; 2) sprawa ropna okołozębowa nie atakuje zwykle gruczołów piersiowych pod pachą.

Promienicę nie trudno tu wyłączyć. Gruźlicze gruczoły chłonne mają tendencję do zserowacenia i do tworzenia przetok, czego tutaj niema. Ujemne wyniki badań serologicznych i wywiad wyłączają kiłę.

Białaczka limfatyczna zwykle atakuje cały układ limfatyczny. Badanie krwi, histopatologiczne badanie gruczołu naciętego, a także Rentgen klatki piersiowej oraz przebieg kliniczny, przemawiają za ziarnicą złośliwą. Zasługuje szczególnie na podkreślenie, że w gruczołach, obok zmian ziarnicowych, stwierdzało się ropniaki; te powstały prawdopodobnie naskutek wtórnego zakażenia przez sprawę ropną przyzębową.

M. Wolf i W. Stein. **Przypadek zespołu migrenowo tężyczkowego z ciężkiemi objawami histerji.** (Z oddz. Wł. Sterlinga).

Chory ma lat 31; z zawodu szewc. Chory od 4-ch lat; zachorował bezpośrednio po śmierci 2-ga dzieci. W nocy chwycił chorego krótkotrwały bolesny kurcz lewej nogi. W kilka dni śród pracy nastąpił powtórny bolesny kurcz. Z lewej nogi przeszedł na kk. górne. Jak wynika z opisu chorego, dłoń wówczas zwierała się jak „ręka położnika". Od tego czasu bolesne kurcze, coraz częstsze. Niekiedy i kurcz języka, „dławienie" w gardle; miewał duszność — siniał. Przytomności nie tracił W tym też czasie silne bóle głowy, połączone z mdłościami, czasem wymiotami; unikał wówczas światła, kładł się na kilka godzin do łóżka, te bóle głowy poprzedzały napady kurczów, które zjawiały się na ich szczycie. Od 1932 roku przebywał na oddziale ch. nerwowych 6 razy. Podawanie gruczołów przytarczykowych przynosiło każdorazowo ulgę. W 5-ym r. życia choroba Heine-Medina, stąd wybitne ograniczenie ruchów w prawej dolnej kończynie. 2-je dzieci chorego zmarło na chorobę Tay-Sachsa.

St. obecny: W narządach wewnętrznych, poza skróconym wypukiem w szczytach, bez zmian. Nn. czankowe +. Kk. górne +. Odruchy tu normalne. Abd. i Cr +. Kk. dolne: prawa zgięta w stawie kolanowym i odwiedziona — przykurcze po chorobie Heine-Medina. Objętość uda praw. o 14 cm, a podudzia o 9 cm. mniejsza. Stopy, jak w chor. Friedreicha; ruchy ogran; siła ich obniżona. PR prawy — minimalny, lewy słaby; AR prawy = o, lewy słaby. Podeszwowe — areflexio. Czucie +. Wzmożona wzruszeniowość, skłonność do hipochondryzacji. Objawy Trousseau i Erba wybitnie dodatnie. W próbie Erba zauważono, że jeżeli uprzedzić chorego, że kurcz nastąpi, to nawet, gdy prąd zamknięto, po dotknięciu przerywaczem otrzymywano toniczny kurcz odpowiedniej części ciała. Próba hyperwentylacyjna wybitnie dodatnia. Krew, mocz — normalne. Calc. we krwi 11 mgr %, w płynie mózgowo-rdzeniowym 4,6 mgr %. W czasie pobytu chorego na oddziale kilkakrotnie obserwowano napady tonicznych kurczów kończyn z układem dłoni w kształcie ręki akuszera, kilka razy obserwowano „wielki" napad: chory czerwieniał, zaczął krzyczeć, że bolą go ręce, zjawił się kurcz toniczny kończyn z ich typowem ułożeniem. Następnie kurcz przechodził na mm. szyi i tułowia, chory skręcał się na posłaniu, brzuśce mm. sutkowo-mostk.-obojcz. mocno napięte. Chory wydawał przeciągły krzyk (skurcz głośni). Język zapadał się ku tyłowi — chory dusił się. Napad taki trwał, to słabnąc, to nasilając się, do 16 minut. Ze względu na łatwe uleganie

sugestji dokonano następującego eksperymentu: wstrzyknięto 2 cm^3 wody destylowanej podskórnie, zapewniając chorego, że wystąpi napad za 2 minuty. Po upływie 1 minuty rozwinął się napad, jak wyżej opisano Gdy następnie perswadowano choremu, że napad musi się już skończyć, że ustępuje, i istotnie objawy powoli ustąpiły. Przez cały czas pobytu na oddziale chory miewał bez przerwy bóle głowy o charakterze migrenowym. W danym przypadku rozpoznajemy zespół migrenowo-tężyczkowy, opisany poraz pierwszy przez Wł. Sterlinga. Współistniejąca histerja dowodzi o możliwości wpływu czynników psychogennych na powstawanie zjawisk natury materjalnej. Marinesco wykazał, że przez sugestywny zastrzyk wody destylowanej można wywołać u parkinsonoidów napady wejrzeniowe. Z analogicznem zjawiskiem mamy tutaj do czynienia.

Felhendler. **Przypadek uchyłka przełyku u osobnika z blokiem sercowym.** (Z oddz. A. Kobrynera).

Chory l. 63, sklepikarz, zgłosił się z powodu ogólnego osłabienia, bezsenności, bólów w okolicy serca oraz w dołku podsercowym, napadowych, trwających od 15′ — do 30′ i niezależnych od rodzaju ani czasu przyjęcia potraw. Zaparcia stolca. Mocz +. Trudno łyka pokarmy, zwł. stałe. Dolegliwości sercowe od 30 lat, lecz pracował, służył w wojsku. Od 6 lat nasilenie ich: wystąpiła duszność wysiłkowa, uczucie pełni po jedzeniu; stracił łaknienie, schudł; $^1/_2$ roku temu nagły silny ból sercowy; trwał kilka godzin; przeleżał dzień, wrócił do pracy. Od 6 tyg. pogorszenie: ogólne osłabienie, brak sił; musiał się położyć do łóżka; w tym też czasie wystąpiło trudne łykanie, zwł. pokarmów stałych; przeżuty pokarm wracał kilkakrotnie i dopiero w końcu go połyka; niekiedy przytem wymioty. Źle sypia; zawroty głowy; przytomności nie traci. Kaszle; spluwa niewiele. 10 lat temu dur brzuszny. Okiem prawem nie widzi od 40 lat, po urazie. Tętno zwolnione. Nie pali i nie pije; żonaty, ma 3 dzieci (były 2 poronienia).

St. ob.: lekkie skrzywienie kręgosłupa ku tyłowi. Odżywienie mierne. W płucach — znaki rozedmy; serce — powiększone we wszystkich wymiarach, u koniuszka szmer skurczowy; II ton nad aortą zaakcentowany; tętno 31 na 1′, miarowe, średnio wypełnione RR. 165/65. Wątroba niewyraźnie macalna; śledziona: górna granica pod VII żebrem, niemacalna.

W moczu c. gat. 1021; białko 0,06%; cukier —; Urobilinogen +. Leukoc. — 0—1—1—2; Erytr. — pojedyńcze; wałeczki ziarniste — pojedyńcze; szczawiany wapnia, moczany; w kale bez krwi utajonej. Wasserm. —. Mocznika w krwi 0,49%.

Rtg.: w górnej $^1/_3$ przełyku, duży uchyłek na tylnej ścianie jego; treść kontrastowa wypełniła go częściowo, opada obok uchyłka cienką smugą do żołądka. W ruchach łykowych treść uchyłka wraca ku górze i opada częściowo do przełyku, częściowo wraca do uchyłka Serce o dużych wymiarach; tętnica główna wydłużona, rozszerzona, mocno wysycona, ściana zawiera blaszkę zwapniałą (atheromatosis?) Pola Holzknechta nie zamyka. Płuca +. Ezofagoskopja (dr. Karbowski): uchyłek wielkości małej mandarynki, tuż za zwieraczem górnego odcinka przełyku, na wysokości chrząstki pierścieniowatej, częściowo wypełniony treścią pokarmową.

Kardiografja (dr. Rossolt na oddz. dr. Semeraua): całkowite rozkojarzenie przedsionkowo-komorowe (blok całkowity) z przypuszczalnym umiejscowieniem ośrodka bodźcotwórczego w komorze lewej. — Ma się tu więc do czynienia z osobnikiem o dużych zmianach w sercu oraz w tętnicy głównej, u którego stwierdzono całkowity blok sercowy, oraz uchyłek z uwypuklenia na tylnej ścianie górnej części przełyku, wielkości < > mandarynki. Utrudnia to łykanie, powoduje coraz gorsze odżywienie. Należy sądzić, że zwolniona akcja serca jest tu zupełnie niezależna od istniejącego uchyłka: wpływ nerwu błędnego, który mógłby tu być wzięty pod uwagę, naskutek jakiejś sprawy zapalnej — łatwo daje się wyłączyć — (potwierdza to wykonany Ekg). Co do tła schorzenia m. sercowego, należy myśleć o miażdżycy lub kile. Bliznę po przebytym zawale oraz sprawę nowotworową można wyłączyć. Blaszka wyraźna w ścianie tętnicy głównej przemawia za miażdżycą. Uchyłek jest tu sprawą zupełnie odrębną; najczęściej następuje on w tem właśnie miejscu, na granicy między gardzielą a przełykiem, gdzie naskutek istniejącej cienkiej warstwy mięśniowej łatwo dochodzi do wypuklenia przez śluzówkę wynicowaną, na kształt przepukliny. Uchyłek z czasem, w miarę powiększania się, zaczął wywoływać objawy zwężenia bądź to na skutek skurczu mięśni, lub też przez ucisk na przełyk rozszerzanego uchyłka, wypełnionego treścią pokarmową. Co do rokowania — to uchyłki wskutek wypuklenia stają się przewlekłem cierpieniem, które w końcu może zagrażać życiu (z powodu zupełnej niemożności łykania pokarmów lub z powodu przenikania treści do tkanek otaczających, wzgl. sprawy zapalnej. Sondowanie mało tu wartościowe. Lepszy — zabieg chirurgiczny — wycięcie uchyłka.

Wertheim i Tonenberg. **Pokaz chorej, operowanej powtórnie, z powodu nawrotu bąblowca o dość rzadkiem umiejscowieniu.**

Torbiel, wielkości orzecha kokosowego, znajdowała się obecnie w częściach miękkich krocza, pomiędzy prostnicą a mięś-

niami i uwypuklała się na prawym pośladku w okolicy tuber. ischii, gdzie blizna po pierwszej operacji, dokonanej 2 lata temu.

Torbieli nie udało się w całości usunąć; po opróżnieniu z zawartości, jamę wypełnionio gazą, nasiąkniętą jodyną. Przez odpowiednie opatrunki dąży się do uzyskania wygojenia rany per secundam Odczyn Weinberga bąblowcowy był ujemny.

W rozprawie M. Rozental podkreślił, że rozpoznanie byłoby właściwie bardzo utrudnione, gdyby chora sama nie podała, że przed kilku laty była operowana w miejscu blizny na prawym pośladku z powodu bąblowca. Guz wielkości główki noworodka wypinał tu krocze, jakby wrastał w mięśnie przepony miednicy. Należy nadmienić, że prócz sposobu wtargnięcia pasorzyta do narządów wewnętrznych ustroju ludzkiego z jelit poprzez krążenie krwi, zachodzi jeszcze — według niektórych autorów — możliwość przedostania się jaj taeniae echinococci podczas defekacji bezpośrednio przez uszkodzoną błonę śluzową odbytnicy do obrzeżnych z nią tkanek i rozwinięcia się w pobliżu w postaci bąblowca, co — choć rzecz to rzadka — mogło mieć miejsce w danym wypadku.

Mutermilch wskazuje, że należy powtórzyć reakcję Weinberga i po zabiegu operacyjnym.

Wertheim i Podlipski — **2 przypadki przedziurawienia jelita cienkiego.**

1. 28-letni mężczyzna, kopnięty przez konia w brzuch; jelito pęknięte w odległości $\pm$80 cm. od kątnicy. Otwór zeszyto. Przebieg gładki.

2. 56-letni mężczyzna — jelito uległo samoistnie przedziurawieniu. Do szpitala przybył, jako chory na ropne zapalenie wyrostka. Badanie w kierunku ostrej choroby infekcyjnej ujemne. Jako przyczynę przebicia przyjęto — odleżynę, spowodowaną przez ciało obce.

L. Lipszowicz. **Przypadek meningoencephalomyelitis epidemica disseminata.** (Z oddz. E. Hermana).

Sz. R Aj., l. 26. Przybyła 26.I 1935. Na początku września 1934 r. wystąpiła duża senność w dzień i nocą. Po kilku dniach—obok senności — nagłe pogorszenie wzroku oraz osłabienie ruchów dowolnych w lewych kończynach. Nazajutrz wzrok zaczął się poprawiać, natomiast wystąpiło bardzo uporczywe drętwienie w kk. lewych. Badanie przedmiotowe na mieście (dr. Biro), po upływie miesiąca od początku choroby, stwierdziło następujące objawy patologiczne: sztywność karku, źrenice szerokie, lewa > prawej, obie z miernym odczynem na światło, sprawnym — na przystosowanie. Zwężenie pola widzenia od strony skroniowej w oku lewem. Niedostateczna

sprawność ruchów w lewych kk.; wzmożenie odruchów okostnowych i ścięgnowych po str. lewej; ślad Babińskiego po str. lewej, Oppenheim lewostr., brak odruchów brzusznych; dysmetrja w l. k. g. przy próbie palec—nos. We krwi — eozynofilja (10,8%); w płynie m.-rdz. dodatni odczyn N. Appelta (++). Wass. we krwi i płynie m.-rdz. ujemny.

W dalszym przebiegu choroby senność, a ponadto sztywność karku i niedowład lewych kończyn stopniowo zanikały, natomiast niedowidzenie skroniowe oka lewego oraz objaw Babińskiego nasiliły się wyraźnie. Kilkakrotne napady bólu głowy, raz jeden z wymiotami. Stała tendencja do poprawy. W dniu przybycia chorej na oddział stan przedmiotowy przedstawia się w sposób następujący. Nieznaczna amimja, b. nieznaczny niedowład lewostr. ze wzmożeniem odruchów okostnowych i ścięgnowych; tendencja do objawów Babińskiego, niepewny Rossolimo obustr., objaw Schrijwera po str. l.. Nadto wybitne drżenie zamiarowe o dużej aplitudzie w l. k. g., niekiedy szybkie ruchy zginania i rozginania, przywodzenia i odwodzenia w palcach l. k. g., nieznaczny bezwład i dysmetrja w l. k. g., chód zlekka hemiparetyczny. Obraz przemawia za rozsianą sprawą układu nerw., ostry zaś i zdecydowany przebieg choroby, zarówno przy narastaniu jak i cofaniu się objawów, uporczywe parestezje — każą rozpoznać encephalomyelitis dissem. epidemica (Redlich — Flatau). Jako nietypowe objawy zasługują na uwagę: sztywność karku, świadcząca o zajęciu opon, senność oraz ruchy miokloniczne, charakterystyczne dla śpiączkowego zapalenia mózgu, oraz rzadko występujący objaw Schrijwera, zależny prawdopodobnie, od umiejscowienia w zwojach podstawowych.

W rozprawie B i r o podaje, że chorą widział przed zapisem do szpitala; wówczas miała większy niedowład i hemianopsję. B o r n s z t a j n przypomina, że podobne przypadki okazać się mogą następnie stwardnieniem rozsianem. L i p s z o w i c z, przeciwnie, widzi tu zanikanie objawów, a nie narastanie ich.

K a r b o w s k i. **Heteroplastyka kosmetyczna nosa.**

Przyp. dotyczy 15-letniego młodzieńca, który od lat dziecinnych miał nos siodełkowaty. Zniekształcenie nosa tu, wdlg. wszelkiego prawdopodobieństwa, na tle kiły odziedziczonej; za tem przemawia uzębienie typu Hutchinsona. Na uporczywe żądanie pac. dokonane zostało wszczepienie kości słoniowej, od strony przedsionka nosa. Przebieg pooperacyjny był nieco skomplikowany, a mianowicie zropiał krwiak. Po zlikwidowaniu ropnia przeszczep przyjął się i chory, jak widzimy, wypisuje się z bardzo dobrym wynikiem kosmetycznym.

W rozprawie Lubelski zaleca jednak stosowanie homoplastyki; sam ją stosował, posługując się kością piszczeli. Obierał zwykle drogę zewnętrzną, nacinając mały płat skóry nad nosem i wszczepiał w ten sposób kość przeszczepianą.

Wolteger podaje szczegóły metody operacyjnej Josefa. Zaleca autoplastykę, nie zaś heteroplastykę, gdyż organizm nie toleruje obcego ciała; po heteroplastyce szeroka podstawa nosa pozostaje niezmieniona. W. uważa również przeszczep, wprowadzony od wewnątrz nosa, za niekorzystny dla gojenia zabiegu operacyjnego.

Wertheim odróżnia sprawę kosmetyki nosa (to wykonał Karbowski) od plastyki właściwej, gdzie wchodzi w rachubę brak części nosa lub zniekształcenie, spowodowane w wilku, kile i t.p. W. porusza też w związku z powyższem sprawę możliwej odpowiedzialności sądowej za niepomyślny wynik operacyjny.

Karbowski w odpowiedzi zaznacza, że znane mu są metody operacyjne z dziedziny kosmetyki operacyjnej nosa, i że uwagi Woltegera nie mogą mieć zastosowania w danym przypadku. Stosował protezy z kości słoniowej również i Josef. W przypadkach t. zw. ptasiej twarzy chirurdzy plastycy tak samo wszczepiają do żuchwy protezy z kości słoniowej.

Rubinstein — Jezierski. **O powikłaniu chirurgicznem w przebiegu duru brzusznego.** (Z oddziału A. Wertheima).

Powikłanie to dotyczy przypadku typowego przedziurawienia jelita krętego; było ono leczono chirurgicznie.

Krawiec, lat 24, od 3 miesięcy zajęty z powodu bezrobocia przy robotach ziemnych — dla regulacji Wisły. 27/II 34 wystąpił gwałtowny przeszywający ból brzucha; stracił przytomność; przewieziony do szpitala.

St. ob.: (28.II 34) T° 39°, tętno 110, oczy podkrążone, język szaro-brudny. Apatyczny, nie interesuje się otoczeniem; ciężko myśli, odpowiada z trudem, nie skarży się ani narzeka. Powłoki brzuszne napięte, zwł. str. prawa nie pozwala tu na dokładne badanie narządów brzusznych. Często wymiotuje. Stolce, wiatry zahamowane.

Wzięto krew do badania na prątki Ebertha. Dr. Wertheim zakwalifikował chorego do zabiegu nagłego, bez względu na wynik badania bakterjologicznego. R operował tego dnia chorego; cięcie przyśrodkowe prawe. Po otwarciu jamy brzusznej ustalono otwór w pętli jelita cienkiego, na odległości 20 kilku centymetrów od kątnicy. Otwór — średnicy ziarnka grochu — ziejący. R. wyłonił pętlę, opróżnił z kału, nałożył szew na otwór w kiszce. Sączek, cygaretowy do Dou-

glasa, a z gazy do jamy brzusznej. Zeszytą pętlę R. ułożył w otworze rany operacyjnej. Na jelitach typowe zmiany duru brzusznego. Chory dobrze zniósł zabieg. T' jednak nadal wysoka. Na drugi dzień powróciły ruchy robaczkowe jelit, wróciły stolce, wiatry. Po usunięciu sączków, chory nadal gorączkował, t° nieprawiołowemi skokami sięgała 38° i więcej. Między pętlami jelit wytworzył się zaciek ropny, który niedostatecznie się opróżniał. 8.I 35 R u b. wykonał operację nałożenia przeciwotworu na odbytnicy, z wyprowadzeniem sączka gumowego. Zlikwidowało to szybko zaciek ropny.

Chory nadal gorączkował; wychudł, osłabł. Zwrot w chorobie nastąpił 27.I 35, kiedy wytworzyła się przetoka kałowa w pętli, ustalonej w ranie operacyjnej. Już od kilku dni podczas opatrunku można było zauważyć w miejscu późniejszej przetoki uwypuklanie się ściany jelita w kształcie uchyłka wielkości grochu, który stale ulegał ruchom robaczkowym. Po wytworzeniu się przetoki t° spadła; chory zaczął się lepiej odżywiać. Obecnie stan już bezgorączkowy. Badanie potwierdziło durowe tło choroby; ze krwi wyhodowano pałeczki Ebertha; w kale, wziętym śród operacji z przedziurawionego jelita, nie było ich. Powikłania, jak wskazane, w przebiegu duru i w podurowych schorzeniach są bardzo groźne dla życia, najczęściej kończą się zejściem śmiertelnem. Na szczęście są naogół rzadkie.

W piśmiennictwie odsetek tych powikłań waha się od 8,79%, (amerykańska statystyka) do 1,75% (francuska statystyka); średnia statystyki światowej 22.000 wypadków duru (wynosi 3,73%).

Leczenie chirurgiczne przedziurawień jelita w przebiegu duru brzusznego zapoczątkował Richter (Wiedeń 1762 r.). Interwencja jego polegała jedynie na sączkowaniu zakażonej otrzewnej. W Paryżu interwenjował chirurgicznie Van Vrecken (1876 r.), lecz opozycja przeciw leczeniu chirurgicznemu była jeszcze duża. Kaizer (Fryburg) zebrał 15 przypadków operowanych, pośród których 2 wyzdrowiały. W 1884 roku, na 57 zjeździe chirurgów przedstawił Mikulicz 2 przypadki wyzdrowienia po operacji. O późniejszych zabiegach operacyjnych w durze pisze L e y d e n, D i e u l a f o i x, L e j a r s. Liczba przypadków operowanych jednak była nieduża. C a z i n zebrał w 1904 roku 228 przypadków. Statystyka H u r t e — A s h h u r s t a (1882 do 1902 roku) obejmuje 362 przypadki Chirurdzy mają rzadko możność operowania powikłań durowych. T u f f i e r miał np. 4 przypadki w swojej praktyce, Marion 3. Odsetek śmiertelności po operacji jest jeszcze bardzo wysoki.

C a z i n podaje 72%, F r a n k 75%. M o r e s t i n podaje, że z 6 jego operowanych chorych zmarło 5. Marion (3 przypadki) i Tuffier (2 przypadki) nie mieli wyzdrowienia. W now-

szych pracach spotykamy jednak znacznie mniejszy odsetek śmiertelności, tak np. Buizard (1889 — 1894) podawał śmiertelność operacyjną na 84%, w późniejszych zaś zestawieniach, między rokiem 1904 a 1909, na 64%. Zestawienia Gueletta (1924 r.) z 280 przypadków, z piśmiennictwa, wykazuje odsetek śmiertelności 62%. Na polepszenie wyników pooperacyjnych miało niewątpliwie dobry wpływ wypracowanie ulepszonych metod operacyjnych. Wszyscy zgodnie wypowiadają się obecnie przeciw wycięciu przedziurawionej pętli. Już na 10 zjeździe Pirogowskim referowano metodę Zykow-Escher'a, która polegała na wszywaniu przedziurawionej pętli do rany operacyjnej. Obecnie pogląd chirurgów jest uzgodniony, że wszelkie przebicie wymaga natychmiastowej operacji; zabieg winien być szybki i krótki. Znieczulenie możliwie miejscowe, cięcie przyśrodkowe, prawe. Kierunek na końcowy odcinek jelita cienkiego. Wszyć przebitą pętlę do rany operacyjnej. W lekkich przypadkach, gdy jelito nie nacieczone, zaszyć otwór i przyszyć pętlę do cięcia. Dren do Douglasa. Nie myć otrzewnej i nie wycierać jej. Nie próbować rezekcji.

Br. Karbowski. **Przyp. zakrzepu przyściennego w zatokach żylnych mózgu pochodzenia usznego, usunięty na drodze operacyjnej.**

Przyp. dotyczy młodocianego pac., który przybył na oddział w stanie ciężkim. Ciepłota powyżej 40°, dreszcze, tętno około 130, sztywność karku wyraźnie zaznaczona. Z wywiadów wynikało, że pac. od lat najmłodszych cierpiał na przewlekłe ropienie, które się obostrzyło w przebiegu przebytej grypy. Na stole operacyjnym stwierdzono zropiały perlak który obnażył zatokę esowatą. Ścianka zatoki pokryta szarawemi nalotami. Nakłucie dało wynik ujemny. Otwarcie zatoki esowatej ustaliło obecność zakrzepu, który częściowo wypełnił światło zatoki. Usunięty został w całości skrzep długości 10 ctm., który sięgał do zatoki poprzecznej opuszki żylnej. Po opanowaniu krwotoku ranę wytamponowano gazą jodoformową. Po kilku dniach temp. spadła. Po opanowaniu krwotoku stan znacznie się poprawił. Chory wypisuje się z niezupełnie zagojoną raną.

W rozprawie szczegółowo omawiali metody operowania w tych przypadkach Lubelski i Karbowski.

Sprawozdania z posiedzeń w marcu i kwietniu 1935 r.

Fejgin, H. Stückgold i Grynwald. **Przypadek grypy z nietypową skazą krwotoczną.**

W. D., lat 28, w 5-ym miesiącu ciąży, zgłosiła się 11.II 35 r. zpowodu krwotoków z jamy ustnej. Rozpoczęło się to nagle, przed 2 dniami; nad ranem poczuła jakby obecność fle-

gmy w lewym kącie gardzieli, usiłowała chrząknąć, by ją wydalić, i wówczas nastąpił krwotok (oddała <> szklankę krwi mieszanej — płynnej-skrzepłej); krwotok trwał z przerwami 1/2 godziny. 2-gi krwotok taki wystąpił tego samego dnia 2—3 popoł. (<> 1/4 szklanki krwi przeważnie płynnej).

3-ci krwotok był wieczorem tego samego dnia; (< > 1/4 szklanki krwi płynnej z domieszką drobnych skrzepów).

W nocy krwioplucie powtórzyło się (kilka łyżek krwi płynnej).

Nazajutrz krwotoków nie było. Następnej nocy krwotok z jamy ustnej (< > 1/2 szklanki krwi płynnej). 3-go dnia nad ranem znów krwotok; oddała < > 3/4 szklanki krwi płynnej, częściowo skrzepłej.

W czasie I krwotoku chora odchrząknęła krew, w następnych krew chlusnęła z jamy ustnej bez chrząkania. Nie było kaszlu, ani mdłości, ani wymiotów.

Przed 6 tyg. plamy krwawe z dróg rodnych (kilka dni). Polecono jej leżeć kilka tygodni (dostała 1-go krwotoku, leżąc w łóżku).

Przed 6 mies. usunięto chorej narośl (polip) między nosem a gardzielą (krwawiła 1 dzień). Objawów krwawienia nie było.

Przed 4—5 mies. katar przez 1 dzień; ostatnio ani nie kaszlała, ani gorączkowała.

W 10 r. życia dur, w 15 r. — błonica.

Nie rodziła. I perjod w 15 r. życia, odtąd co mies, 5—6 dni, niebolesne, obfite.

St. ob.: Budowy prawidłowej. Odżywienia średniego. Po str. prawej szyi gruczoł chłonny wielkości małej śliwki, ruchomy, niebolesny. Błona śluzowa gardzieli zaczerwieniona, migdałki powiększone. Na błonie śluzowej łuków podniebiennych i podniebnienia miękkiego pleśniawka. Język obłożony, wilgotny. Tarczyca niemacalna. P ł u c a. — Przytłumienie nad obu szczytami, wdech i wydech tu zaostrzone. Nad prawą wnęką od tyłu wdech i wydech zaostrzone, czasami jakby pojedyńcze trzeszczenia.—S e r c a granice prawidłowe. Nad koniuszkiem I ton nieczysty, rozdwojony. Nad tętnicą płucną I ton rozdwojony, ze szmerkiem skurczowym. Nad tętnicą główną I ton nieczysty. Tętno 104, miernie napięte, miarowe. W ą t r o b a wystaje spod łuku żebrowego na szer. 2 palców, o brzegu nieco ostrym, spoistości normalnej. Ś l e d z i o n a +. Macica sięga do pępka. U k ł a d n e r w o w y +. 12.II-32 w uszach, nosie zmian nie wykryto (dr. Tencer). W gardle świeża, płynna krew po str. lewej, napływająca zdołu; pozatem bez zmian; krtań, normalna, bez krwi. Natomiast w lew. zatoce gruszko-

watej widać krew płynną, ilość jej śród ruchów wymiotnych zwiększa się. Rozpoznanie: krwawienie z przełyku (dr. Tencer). Powtórne badanie (19.II 35. dr. Karbowski): nos, gardziel i krtań bez odchyleń od normy. Migdałki rozpulchnione. Nad górnym biegunem prawego nalot biały, wielkości grochu. Chora kilkakrotnie krwawiła obficie z jamy ustnej na oddziale w ciągu pierwszych 2 — 3 dni, poczem krwioplucie ustało. W moczu urobilinogen był znacznie zwiększony.

13 II 35. Czas krwawienia Czas krzepnienia

z 3 palca l. r. — 4 min. z 3 palca l. r. — 5 min.
z 3 „ pr. r. — $1\frac{1}{2}$ min. z 3 „ pr. r. — 3 „

Rumpell — Ledde po 10′ ujemny.

13.II.35. Okres krwawienia		23.II. 7 dni po transfuzji krwi (360 cm³)	8.III. 20 dni po transfuzji krwi
ciałek czer.	2480000	2200000	3140000
ciałek białych	10200	5800	6000
Hemoglobiny	46%	55%	0,95
Wskaźnik	0,9	0,9	64%
Segment.	83%	60%	60%
Pałeczk.	7%	7%	2%
Limfocyty	7%	23%	28%
Monocyty	3	8%	4%
Eozynochłonne		2%	1%
Kom. plazm.			1%
Płytek w 1 mm³.	225680		
Retikulocytów na 1000c. czerwonych	31	27	29
Anizocytoza bez poikilocytozy		„	słabo zaznaczona
Odczyn Biernackiego 12.II.35 28′; 5.III.35 w 17 dni po tranfuzji 26′		Odczyn Wassermanna „ Citocholowy ujemne	
RR — 120/65		Grupa krwi O	

Badanie krwi na bilirubinę: bezpośrednia ±; pośrednia 0,8 jedn.; białko — 5,98%; mocznik — 0,4 gr. ‰; kwas moczowy — 30 mlgr %.

Badanie szpiku kostnego z mostka, wykonane 23 II 34, t.j. w 7 dni po transfuzji.

Segment.		9,5%
Limfocyty		8,5%
Normoblasty		1,7%
Erytroblasty		7,5%
Proerytroblasty		1%
Kom. monocytoidalne	(?)	1,5%
Megakarjocyty		1:400
Promyelocyt.		13%
Myelocyty eozyn;		1%
Młodociane n.		6,5%
Młodociane e.		0,5%
Paleczkowce n.		28,5%

Figury podziału w normo- i- erytroblastach

Wzór ten zbliżony do normalnego szpiku z żywą regeneracją. Frakcjonowane badanie żołądka wykazało najwyższe liczby kwasoty: Wolnego HCl – 50. Ogólna kwasota — 68; drobnowidowo naczczo: liczne jądra rozpadłych leukocytów, bilirubinian wapnia w dość dużych ilościach, komórki nabłonkowe przewodu pokarmowego.

Próba benzydynowa na krew w treści żołądkowej naczczo ujemna, to samo i w badaniu kału.

Rtg. płuc (26.II-35 r.): pole prawego zawoalowane, mniej tu powietrza niż w lewem. Rtg. powtórny płuc (12 III 35 r.): prawe więcej powietrzne niż 26.II 35.

Tak więc u chorej, lat 28, stwierdzono krwotoki z jamy ustnej, oraz objawy niedokrwistości wtórnej.

Nie było tu podłoża dla krwotoków w zmianach anatomicznych (nowotworu, czy ogniska zapalnego dróg oddechowych, ran, nowotworu, czy żylaka w przewodzie pokarmowym, przełyku i żołądka), to też należy tu rozpoznać skazę krwotoczną, jako powód krwawienia.

Jakaż postać skazy krwotocznej mogła była dać podobne objawy? Krwawienie tu było jednonarządowe, obfite, ostre, u chorej bez znamion skazy lub schorzenia krwi. Nie trudno też tu wyłączyć skazę niedokrzepliwą, małopłytkowość, awitaminozę, tę lub inną postać zakażenia ostrego krwi i t.p. Sprawa wybuchła śród pozornego zupełnie zdrowia i szybko ustąpiła — przyczem rzecz wróciła do normy. Podobne b. obfite krwotoki z nosa, z ciężką nieraz niedokrwistością wtórną, spostrzega się w przypadkach zakażenia grypowego. Krwawienia tu były b. uporczywe, zagrażające życiu — a objawy grypy były b. dyskretne, wzgl. tylko zaznaczone, brakło wyraźnych objawów skazy krwotocznej.

Przebieg w przypadkach, podanych w piśmiennictwie, był b. zbliżony do danego. I tam po transfuzji krwawienie ustępowało zupełnie. Referenci sądzą, że zjawiska wyżej podane uzależnić należy od jakiejś lokalnej skazy, pozostałej z uszkodzenia śródbłonków naczyń krwionośnych przez zarazek nieznany, w sąsiedztwie miejsca wtargnięcia jego, więc, jak tu, w jamie nosa czy nosowogardzielowej.

W leczeniu tych przypadków przedewszystkiem przetaczanie krwi rzecz najważniejsza; przecina to odrazu sprawę, niekiedy tak groźną w skutkach.

N. Mesz, A. Lipszyc i Z. Sellig. **Kamienie lekowe w wyrostku robaczkowym.** (Z oddz. wewnętrznego B. Jochwedsa i rentgenologicznego N. Mesza).

Chora, lat 15, przybyła 1.XI.1934 r. z objawami wysokiej gorączki i biegunki, naprzemian z zaparciem. Pozatem lekkie bóle po lew. str. krzyża, a stąd do cewki, oraz przy oddawaniu moczu. Ze względu na różyczkę, leukopenję oraz dodatniego Widala, rozpoznano dur brzuszny. Na początku 3 tygodnia choroby uporczywa biegunka; zwalczano ją dużemi dawkami bismutum subgallicum (5 r. dzien. po 1 gr). Na 20-ty dzień t° spadła; chora wracała do zdrowia. W okresie rekonwalescencji skarży się na bóle b. dotkliwe, po praw. str. krzyża, bez promieniowania, parcia na mocz. Mocz: (1018), bez białka. Obj. Goldflama po praw. str., słabo zaznaczony.

Ze względu na te bóle oraz krwinki w osadzie moczu (na początku choroby) przypuszczano tu kamicę nerkową. Roentgen (26. XI. 34): w obrazie były cechy prawdopodobieństwa, że to kamica moczowodowa po stronie prawej. Cystoskopja (Endelman) nasunęła znów przypuszczenie kamicy moczowodowej lewostronnej (cewnik moczowodowy zatrzymał się w moczowodzie lewym na wysokości 2-ch cm). Ostatecznie sprawę wyjaśniły seryjne badanie Rtg. i pyelografja dożylna. Ta ustaliła brak złogów wapiennych w drogach moczowych, a zdjęcia Rtg. wykazały kamienie w wyrostku robaczkowym. A że wystąpiły w wyrostku po biegunce durowej, zwalczanej dużemi dawkami bis. subgallicum, stąd wniosek, że były to kamienie bizmutowe. — Sellig zaznacza, że chora, której stan kliniczny wyżej skreślił Lipszyc, została skierowana na oddział rentgenologiczny 26.XI.34 r. do zdjęcia Rtg. nerek i moczowodów. Wykazało ono: cienie wapienne, ułożone łukowato w odległości 4 — 5 palców na prawo od kręgosłupa. Mogły one były być uważane za złogi w prawym moczowodzie, przemieszczonym na zewnątrz (zgodnie z kliniką). Przyczyny przemieszczenia moczowodu ani rentgenologicznie, ani klinicznie nie udało się stwierdzić; znaczna ilość drobnych złogów byłaby



Rys. 1. (Zdjęcie dn. 26/XI. 1934).



Rys. 2.
(Zaleganie kamieni w grupkach).



Rys. 3.
(Kamienie w układzie poprzecznym do moczowodu).

Kamienie lekowe w wyrostku robaczkowym (p. str. 177).

też rzadkością. Stąd po 4-ch dniach powtórzono zdjęcie; liczba cieni zmniejszyła się do 6-ciu i tworzyła grupę, skupienia, wielkości orzecha włoskiego. Obraz ten nasuwał konieczność rozróżniania tu cieni wapiennych a złogów w torbieli lub uchyłku moczowodowym, wzgl. w kątnicy, albo w wyrostku robaczkowym. Torbiel i uchyłek moczowodowy wyłączono ze względu na cechy ruchu tych cieni i zmniejszenie się ich ilości. Pyelografja dożylna wykazała skolei brak związku tych cieni z narządem moczowym W kątnicy złogi te leżeć nie mogły, gdyż byłyby wydalone równocześnie lub przynajmniej w bardzo krótkim czasie, tymczasem następne zdjęcia wykazały znów zmniejszenie się liczby tylko do 5-ciu, oraz zmianę ułożenia linijnego. Na skutek więc leczenia bizmutem substancja ta, kontrastowa, wypełniła wyrostek robaczkowy, skąd w ciągu tygodnia wydalały się pojedyncze grudki. Na jednem zdjęciu uchwycono moment wydalania dwu kamyków.

Na zaleganie m. k. w wyrostku robaczkowym zwrócił już uwagę Czepa przed 15-tu laty; może to się stać w wyrostku zupełnie prawidłowym i nie jest samo przez się przyczyną dolegliwości. Prawdopodobnie dopiero w chwili ich wydalania—pod wpływem skurczów mięśniówki wyrostka robaczkowego — występują bóle.

Analogiczny przypadek stwierdzono już raz u chorego na oddziale rentgenologicznym dra Mesza w czasie pyelografji dożylnej. Stwierdzono wtedy cienie wapienne, niepozostające w związku z narządem moczowym. Cienie te zmieniły swe miejsce w ciągu 15-tu minut, między jednem a drugiem zdjęciem I w tym przypadku były bóle, jak w kamicy nerkowej. Zdjęcie wykonane po 6-ciu tygodniach wykazało brak tych cieni; z wyrostka robaczkowego znikły. Chory zażywał lekarstw w domu, lecz nie wie, jak się nazywały; kamienie i tu pewnie były pochodzenia lekowego. — Należy więc o możliwości skupienia leku w tych odcinkach szczególnie pamiętać, gdy w zbyt krótkim czasie po ich częstem podawaniu (zwł. leków nieprzepuszczalnych dla promieni X) usiłuje się wykonać zdjęcia dróg moczowych.

W. Stein. **Przypadek urazowej anosmji.** (Z oddz. Wł. Sterlinga).

35-letniego policjanta w roku ub. uderzono kijem w okolicę potyliczną. Stracił na kilka minut świadomość; miał następnie mdłości, wymioty. Po kilkutygodniowej kuracji szpitalnej w Jadowie wrócił do służby. Na oddział zgłosił się ambulatoryjnie z powodu utraty węchu od dnia wypadku. — I smak uległ upośledzeniu. Badanie ustala, że substancyj czysto węchowych, ani też ze składnikiem smakowym, nie rozróżnia,

odczuwa tylko substancje ze składnikiem dotykowym (amonjak). W nosie — poza obrzmieniem — bez zmian; gardło +. Wszystkie kategorje smakowe rozróżnia, ale niewyraźnie. Pozatem narządy wewnętrzne, nerwy czaszkowe, kk., bez zmian.

St. wyłącza tu anosmję psychopochodną (brak zespołu psychiki histerycznej, odosobnienie schorzenia tylko do jednego zmysłu, trwałość zaburzenia), jak również i anosmję t. zw. oddechową (brak jakichkolwiek utrudnień wdechowych, wydechowych), a z wielkiej grupy anosmij, zależnych od uszkodzenia nerwowego aparatu węchowego: wrodzony brak zmysłu węchu, starczy zanik węchu, po chorobach zakaźnych (grypie!), po zatruciach zewnątrzpochodnych (alkohol, morfina, rtęć), w chorobach organicznych nerwowych (wiąd rdzenia, wodogłowie 3-ciej komory, guzy i ropnie płata czołowego, procesy oponowe na podstawie czaszki). Brak też tu znamion wrodzonych i nabytych, przewlekłych, organicznych, schorzeń układowych i z zątruć. St. omawia skolei dwie postacie anosmji urazowej, extracranialis (tu w grę nie wchodzi) i cranialis. Ta może być spowodowana, jak poucza kazuistyka, złamaniem podstawy czaszki ze zmiażdżeniem laminae cribrosae ossis ethmoidalis, przez postrzały, przemijające wstrząsy mózgu i urazy w części potylicznej. Przy uszkodzeniach pierwotnych lub wtórnych ośrodków węchowych, lub też dróg łączących (z wyjątkiem postrzałów), chodzi głównie o wynaczynienia. Gdy krew ulegnie wessaniu, zwalnia się ucisk szlaków i stąd możliwy zupełny powrót węchu. Uszkodzenia ze zmiażdżeniem laminae cribrosae ossis ethmoidalis, lub też po urazach w okolicy potylicznej, gdy przez contre-coup następuje nadszarpnięcie, wzgl. rozerwanie cienkich włókien węchowych (Frankl-Hochwart, Sterling, Pelterohn) i oderwanie ich od opuszki węchowej — powodują zupełny zanik powonienia i niepomyślne rokowanie. Tu właśnie istnieje utrata węchu tego pochodzenia. Upośledzenie zaś i smaku jest następstwem zaniku składnika węchowego w psychicznym akcie smakowym (t. zw. hypogeusia anosmica).

A. Potok i H. Zeldowicz. **Przypadek krwotoku podpajęczynówkowego i komorowego z kilkakrotnemi nawrotami i psychozą Korsakowa.** (Z oddziału E. Hermana).

Chory, 52-letni — od 8 dni ból głowy; 2 godziny przed przybyciem do szpitala, w gabinecie lekarza, nagle stracił przytomność; drgawek nie było.

St. ob.: nieprzytomny, głowa i tułów zwrócone w lewo. W kk. napady drgawek tonicznych, doprowadzające kończyny do pozycji Sherringtona. Objawy oponowe wybitnie zazna-

czone. Nn. czaszkowe +. W kończynach g. i d. bez oznak niedowładu; napięcie tu normalne, odruchy ścięgniste wzmożone, bez obj. Babiń. i Rossol. Płyn m.-rdz. wybitnie krwawy, bez pleocytozy właściwej.

W ciągu następnych kilku dni poprawa; odzyskuje przytomność; płyn m.-rdz. oczyszcza się. 6-go dnia pobytu — nagle traci przytomność; płyn m.-rdz. ponownie wybitnie krwawy; w 2 dni po nieznacznej poprawie nowe pogorszenie z zaostrzeniem objawów oponowych. W dalszym przebiegu — stopniowa poprawa; objawy oponowe zanikają. Występuje wybitnie zaznaczony zespół psychozy Korsakowa. Odczyny serologiczne we krwi i płynie m.-rdz. ujemne.

Nagły początek z utratą przytomności, wybitna sztywność karku, płyn m.-rdz. krwawy oraz napady drgawek tonicznych, wskazują na krwotok do przestrzeni podpajęczynówkowej z wtórnem przedostaniem się krwi do komór; pierwotny krwotok komorowy powoduje tu stan bardzo ciężki oraz częste napady drgawek tężcowych zaraz na samym początku. Nakłucie lędźwiowe potwierdziło rozpoznanie. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na domieszkę zespołu komorowego oraz na wybitną psychozę Korsakowa.

B. Jochweds i A. Sztejnberg. **Przypadek bardzo szybkiego samoistnego gojenia się ropnia płuc.**

J. B., l. 32. Zachorował nagle, w końcu stycznia 1935 r., śród objawów ogólnego rozłamania, nudności, dreszczów i gorączki (39°). Po kilku dniach t° ustąpiła. Po tygodniowej przerwie zaczął znów gorączkować (> 38°) — jednocześnie męczący kaszel, zrazu suchy, później odpluwał skąpą, ropną, niecuchnącą plwocinę bez krwi. Stan ogólny był dobry; pomimo gorączki chory chodził, pracował, dolegało jedynie osłabienie ogólne i obfite poty. Na wadze nie tracił. Był dotąd zdrów.

20.II 35. chory zgłosił się do jednego z nas (B. Jochwedsa). W badaniu stwierdzono: dobry stan ogólny, tętno 100, oddechów 24 na minutę. Serce, jama brzuszna, układ nerwowy bez zmian. Płuca: po str. prawej od przodu w II — III — IV międzyżebrzu stłumienie, oddech pęcherzykowy osłabiony, skąpe rzężenia drobnobańkowe. Przy prześwietlaniu klatki piersiowej stwierdzono niespodziewanie dużą jamę, wielkości mandarynki, u podstawy górnego płata prawego płuca; jama nie zawierała wydzieliny. Poniżej jamy — bardzo intensywny naciek miąższu płucnego (szerok. 3-ch palców). Pozostała część prawego płuca, całe lewe płuco — bez zmian. Serce i naczynia w normie.

Zupełny brak nacieków i plamistości w „zdrowych“ odcinkach płuc przemawiał raczej za jamą ropną, natomiast brak poziomu płynu — co zdarza się b. rzadko w ropniu i zgorzeli, niewielkie objawy przedmiotowe, podstępny i dość łagodny przebieg choroby, nasuwały jednak przypuszczenie sprawy swoistej gruźliczej. Sprawę rozstrzygnęła stała nieobecność prątków Kocha w plwocinie oraz wysoka leukocytoza: 22000, w tem 82% obojętnochłonnych i 0,7% kwasochłonnych.

26.II skierowano chorego do szpitala W ciągu pierwszych kilku dni tu stan ogólny oraz płuc nie uległ zmianie. Chory otrzymał w tym czasie jedynie środki wykrztuśne oraz krople eukaliptusowe. Zdjęcie klatki piersiowej (1.III 35) potwierdziło wyniki prześwietlenia: jednak tym razem jama wskazywała poziom płynu.

3.III 35 chory odpluł jednorazowo 1 kufel ropnej plwociny z nieznaczną domieszką krwi. Tegoż dnia ciepłota ciała, która utrzymywała się dotąd stale na poziomie 38 stopni, spadła do normy. Samopoczucie chorego poprawiło się bardzo znacznie. W płucach, w miejscu stłumienia, zjawił się głośny oddech oskrzelowy z odcieniem amforycznym, oraz liczne dźwięczne rzężenia różnokalibrowe i przelewania. Następnego dnia, chcąc przyśpieszyć gojenie się sprawy płucnej, zalecono codzienne zastrzykiwania dożylne 40 cm. sześć. 33% alkoholu. Pierwsze 3 zastrzykiwania chory zniósł zupełnie dobrze, natomiast w kilka godzin po 4-ym wystąpiły bardzo l i c z n e w y b r o c z y n y na wyprostnych powierzchniach podudzi (chory tego dnia chodził b. dużo). Badania na skazę krwotoczną wykazały: czas krwawienia — 2,5 min., czas krzepnięcia 14 min., płytek 180 tys., objaw opaskowy —. Jednocześnie dowiedzieliśmy się od chorego, że po spożyciu większej ilości alkoholu występowały u niego niekiedy „czerwone plamy“ na twarzy, które znikały dopiero po kilku dniach.

Po odstawieniu alkoholu stan chorego poprawiał się w dalszym ciągu; ilość plwociny zmniejszała się stopniowo i po kilku dniach wynosiła już tylko $<>$ 5 cm.^{3} na dobę; na wadze przybywało. Wybroczyny znikły po kilku dniach. Powtórne zdjęcie klatki piersiowej (15.III), a więc w 2 tygodnie potem, wykazało prawie całkowite wessanie intensywnego nacieku oraz b. znaczne zmniejszenie się rozmiarów jamy. Badanie fizykalne wykazywało w tym czasie zmniejszenie stłumienia o jedno międzyżebrze; oddech oskrzelowy bez odcienia amforycznego oraz b. skąpe rzężenia drobnobańkowe słyszalne już tylko w 3 międzyżebrzu na przestrzeni 3 — 4 cm. Stan ten utrzymuje się zresztą do tej chwili (4.IV.). Liczba białych ciałek wynosiła obecnie 14 tys., w tem 56% obojętnochłonnych i 6% kwasochłonnych.

Trzecie zdjęcie (2.IV.) nie wykazało już obecności jamy, a tylko smugi łącznotkankowe w miejscu dawnego nacieku.

ORYGINALNY POLSKI
HORMON KRĄŻENIA

MYOSTRIATOL

Przewyższa działaniem leczniczem wszystkie podobne preparaty zagraniczne (Bulletin de l'Académie Polonaise des Sciences et des Lettres, 1932).

WSKAZANIA:

Dusznica bolesna, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, chromanie przestankowe, wrzody żołądka, dwunastnicy, goleni, miażdżyca tętnic, żylaki, krwawnice, jaskra, poty gruźlików

POSTACIE:

Ampułki à 100 jedn. w 1 cm.³ do wstrzykiwań dożylnych i domięśniowych, lub flakony do użytku wewnętrznego kroplami.

OPAKOWANIE:

Pudełka po 2 i 5 ampułek. Flakony około 20 ccm.

DOPUSZCZONY DO LEKOSPISU ZW. KAS CHORYCH.



HT

LITERATURĘ I PRÓBKI PRZESYŁA NA ŻĄDANIE

APTEKA I LABORATORJUM

W. ROZPĘDZIHOWSKIEGO

WARSZAWA, ELEKTORALNA 35

Telefony: 538-53 i 664-64.

Samoistne gojenie się ropni płuc nie należy do rzeczy rzadkich. Przypadek niniejszy jest demonstrowany raczej ze względu na b. szybką poprawę, zarówno kliniczną jak i rentgenologiczną; ze względu na dobry stan ogólny chorego i prawie ambulatoryjny charakter tak ciężkiego cierpienia, jakim jest ropień płuc oraz ze względu na niezmiernie rzadkie występowanie skazy krwotocznej (wybroczyny na podudziach i łokciach) po zastrzykiwaniach dożylnych alkoholu —możliwe, że tu u osobnika usposobionego.

W rozprawie Kobryner podaje, że samoistne wyleczenie ropnia płuc nie należy do rzadkości. Natomiast rokowanie powinno być oględne nawet wówczas, gdy rentgenogram daje obraz zagojenia; — po wielu miesiącach mogą się zdarzyć nawroty.

Bielenki przytacza przypadki ropni płuc z samoistnem wyleczeniem. Dla wyniku dodatniego leczenia czy to alkoholem, czy będźwinianem sodu, czy też wreszcie odmą, b. ważną odgrywa rolę korzystne umiejscowienie ropnia, stąd i nakłucie nie zawsze jest niebezpieczne i przeciwwskazane. Bronchoskopja natomiast musi być bardzo oględnie stosowana i nigdy w przypadkach ostrych. Uwidoczniona tu na rentgenogramie smuga międzypłatowa przemawia za tem, że ropień był umiejscowiony blisko ściany opłucnej.

Kohan przytacza 2 pouczające przypadki ropnia płuc: w jednym, śród zakładania odmy ropień przerwał opłucnę, powodując empyema totalis z zejściem śmiertelnem po upływie kilku dni; w drugim, nastąpiło wyleczenie po dokonanej torakoplastyce. W ropniach, zwł. drobnopłatowych, staje się usprawiedliwionem wykonanie torakoplastyki na niedużej przestrzeni (2 — 3 żebra), aby wytworzyć warunki do ewentualnego dalszego postępowania, t. j. nacięcia ropnia, gdyby leczenie zachowawcze nie odniosło pożądanego wyniku.

Wł. Sterling, Płońskier i Kipmanowa. **Pachymeningitis haemorrhagica interna**. (Z oddz. Wł. Sterlinga).

Okazany mózg należał do 57 l. mężczyzny, który przybył na oddział 4.V.1935 r.; — zmarł 8.V.1935 r.

3 l. temu pierwszy napad utraty przytomności z drgawkami. Od tego czasu 4 podobne napady, zawsze na ulicy. Podczas napadów nie było mimowolnego oddawania moczu ani stolca, języka sobie nie przygryzał. Ostatni napad 30 III;—był jakoby 2 g. nieprzytomny; podobno upadł i uderzył się w głowę. Od tego czasu zmienił się psychicznie, czasem mówił od rzeczy. 4 dni temu stał się senny, prawie stale spał; gdy go zbudzono — zapadał zaraz w sen. Był niezupełnie przytomny. Od początku choroby lewa ręka bezwładna.

Stan obecny: chory robi wrażenie niezupełnie przytomnego, sennego, zamroczonego. Odpowiedzi zdobywano u chorego z trudnością. Mowa niewyraźna, nosowa. Ziewanie charakterystyczne. Persewerował. B. wybitny był odr. żuchwowy i rogówkowo-podbródkowy. Radovici-Marinesco + po str. l.. Przy pochylaniu głowy ku przodowi oraz sadzaniu chorego — nieznaczne zgięcie kolan, pr > l. (objaw Kernigа?) Lewa fałda nosowo-wargowa nieco wygładzona. Lewa powieka nieco opuszczona. Kończ. g. l. całkowicie bezwładna, w k. d. l. bez zmian. Napięcie w l. kg. normalne; lewego odruchu okostnowego brak. Lewy odruch Achillesa kloniczny. Objaw Babińskiego obustronnie. Odr. brzusznych brak. Odr. nosidłowe: l. < pr. Odr. Rossolimo nie było.

Tony serca b. głuche, tętno 116'. Temperatura 38^7—39^6.

Płyn mózgowo-rdzeniowy wyciekał pod dużem ciśnieniem, był ksantochromiczny. Badanie cytolog. płynu wykazało: 5 limf., 1 neutr., NA—; B=0,16%$_0$.

Stan chorego w szpitalu stale się pogarszał, na 2-gi dzień chory był już zup. nieprzytomny, na 5-ty zmarł. Na sekcji stwierdzono (dr. Płońskier) pachymeningitis haemorrhagica interna. W diagnostyce różnicowej referenci wyłączali ostre zapalenie opon, krwawienie podpajęczynówkowe, krwotok do tk. mózgowej, guz mózgu i ropień — zatrzymując się na rozpoznaniu pachymeningitis haemorrhagica interna. Autopsja potwierdziła to przypuszczenie. Należy tu podkreślić, że zdania uczonych są do dziś dnia podzielone co do tego, co jest w pach. haem. int. sprawą pierwotną, t. j. czy pierwotnym jest zapalenie op. tw., a krwotok występuje następczo wskutek pękania licznych naczyń tych młodych błon (Virchow, Henschel, Barrat, Melnikoff-Razwedenkoff, Blackburn), czy też pierwotnym jest krwotok, a tworzenie błon — to jedynie organizacja skrzepu (Huguenin, Burr, Spiller, Mc.-Certhy). Wreszcie są tacy, jak Schultze, kt. uważają, że raz sprawą pierwotną może być krwotok, a innym razem zapalenie.

Również terminologja tej sprawy nie jest dotychczas ujednostajniona. Podobne przypadki są publikowane bądź pod nazwą pachymeningitis haemorrhagica interna, bądź jako — haematoma durae matris.

Sprawozdania z posiedzeń w maju i czerwcu r. 1935.

B. Jochweds, I. Janowski i I. Dworecki. **Przypadek złogów cholesterynowych w drogach moczowych**. (Z oddz. wewn. B. Jochwedsa i z pracowni analitycznej — I. Dworecki).

Chora, l. 24, panna. Od 5—6 lat co kilka dni napady silnych bólów w praw. okolicy lędźwiowej do prawej pachwiny, jednocześnie, zazwyczaj, zaburzenia w oddawaniu moczu, wymioty oraz kilkugodzinne podniesienie t° do 38,0°.

W 1-ym roku choroby, podczas 1-go z napadów, bóle były umiejscowione również w prawym dole biodrowym; chorej usunięto wówczas wyrostek robaczkowy.

Przed 2 laty, na jednym z oddziałów chirurgicznych, cholecystoktomja. W usuniętym pęcherzyku nie stwierdzono kamieni, jedynie nieznaczne zmiany zapalne w ścianie pęcherzyka.

W ciągu ostatnich kilku tygodni bóle niemal codziennie. Stąd ponownie zgłosiła się do szpitala. Skarg na inne cierpienia nie podaje.

Perjody od 15 r. życia, o przebiegu prawidłowym.

Stan obecny (20.II.1935 r.). W badaniu nie stwierdzono naogół odchyleń od normy, jedynie w obrębie brzucha 2 blizny — po cholecystoktomji i appendektomji. Wstrząs lędźwiowy z prawej str. bolesny. Ciśnienie krwi—115/85 mm. Hg. Mocz: c. g. od 1015 — 1020; odczyn — początkowo kwaśny, w późniejszych okresach — zasadowy; białko: od 0,03—0,6%; w osadzie kilka leukocytów w polu widzenia; kilka świeżych krwinek na preparacie. Krew: WR —; Wapnia: 11,8 mgr. %; mocznika — 0,3 gr. %. Morfologja krwi +. Cystoskopja (10/III przez kol. Markusfelda), wykazała w pęcherzu stan prawidłowy: indigokarmin, zastrzyknięty dożylnie, zaczął wydzielać się z obu moczowodów już po 4'. Pyelografja (wstępująca i dożylna) wykazały nieznaczne opuszczenie prawej nerki oraz wodonercze prawostronne nieznacznego stopnia. Zdjęcie zwykłe nerek bez zmian.

Wobec typowego umiejscowienia i promieniowania bólów, rozpoznano kamicę nerkową prawostronną, — aczkolwiek zdjęcia rentgenowskie w dalszym ciągu nie wykazywały złogów. Trudne było wytłumaczenie podniesionej ciepłoty ciała śród napadów. Ostatnio jednak wielu podkreśla, że również niepowikłany procesem zapalnym napad kamicy nerkowej może przebiegać z gorączką w następstwie ostro powstającego i przemijającego wodonercza. Tłumaczenie to byłoby i w danym przypadku prawdopodobne.

Przebieg choroby i leczenie: chorej zalecono po 3 szklanki ziół moczopędnych i „Hypotonu“ dziennie. 5-go dnia chora, poraz 1-szy, oddała z moczem (bez bólu) odłamek kamienia. — Przez cały czas dalszego, prawie 3-miesięcznego, pobytu w szpitalu, chora miewała co kilka dni, a niekiedy codziennie, napady gwałtownych bólów w prawej okolicy

lędźwiowej, promieniujących w sposób wyżej opisany i trwających od kilku do kilkunastu godzin. Podczas 5 z tych napadów chora oddała z moczem 7 odłamków kamieni. Wszystkie zarówno, jak i pierwszy, były tworami różnej wielkości (2 — 7 mm.), lekkiemi, o kształcie nieprawidłowym i wyraźnej budowie warstwowej. W badaniu chemicznem (I. Dworecki): „poza ledwie dostrzegalnemi śladami części mineralnych — stwierdzono prawie wyłącznie ciała tłuszczowe, rozpuszczające się w alkoholu i chloroformie; ciała te wypadają z roztworów w postaci zupełnie znamiennych kryształów cholesteryny, zidentyfikowanej zresztą na drodze chemicznej przez dodatnie odczyny Liebermann-Burkhardta oraz Salkowskiego. Kształty i szczegóły budowy, widoczne zwł. na szlifowanej powierzchni przekroju, przemawiały za pochodzeniem tych tworów z jednego, conajwyżej z 2 większych złogów".

W ciągu marca, kwietnia i maja wykonano kilkanaście określeń zawartości cholesteryny w moczu, — zarówno podczas napadów, jak i pomiędzy napadami (jak wiadomo, w warunkach normalnych mocz nie zawiera wcale cholesteryny). Okazało się, że zawartość cholesteryny w moczu była ogromnie niestała, wahała się od 0 do 150 mgr. na dobę, przyczem żadnego określonego stosunku pomiędzy występowaniem napadów, wzgl. odchodzeniem odłamków kamieni a poziomem cholesteryny, nie stwierdzono.

Od 20.II do 20.III chora była na zwykłej diecie szpitalnej, tylko bez mięsa. W tym okresie zawartość cholesteryny we krwi wynosiła 135 mgr. % (nieco poniżej normy). W moczu cholesteryna była obecna mniej więcej co 2 — 3 dni, w ilości od 40 — 50 mgr. na dobę.

20.III.35 zalecono chorej dietę, zawierającą mało cholesteryny, a więc — bez masła, jaj i mleka. W ciągu następnych $3^1/_2$ tygodni napady bólowe powtarzały się rzadziej — co 4—8 dni, były jednak nadal b. gwałtowne i długotrwałe. Przytem 5 i 12.IV chora podczas napadów wydaliła po 1 odłamku kamienia wielkości pestki wiśni. Zawartość cholesteryny we krwi wynosiła w tym okresie tylko 105 mgr. %. W moczu cholesteryna występowała znacznie rzadziej niż poprzednio, co 5—10 dni i w dodatku nie przekraczała 4—15 mgr. na dobę. W czasie od 18 do 25 kwietnia (podczas świąt wielkanocnych) chora nie przestrzegała diety i spożywała dużo masła i jaj, a mało węglowodanów. 25.IV. wystąpił napad bólu znacznie gwałtowniejszy, niż wszystkie poprzednie, trwający $4^1/_2$ doby. Jednocześnie poziom cholesteryny we krwi wzrósł prawie dwukrotnie, bo do 200 mgr. % (po 10 dniach diety beztłuszczowej — znowu 120 mgr. %). Zawartość cholesteryny

w moczu wynosiła codziennie od 150 — 200 mgr. na dobę, — zarówno podczas napadu — jak i w okresach międzynapadowych. — W połowie maja chora wypisała się ze szpitala. — Na zabieg operacyjny nie zgodziła się.

Złogi cholesterynowe w drogach moczowych są zjawiskiem niezmiernie rzadkiem. Po wyłączeniu najczęstszych przyczyn — skupień cholesteryny wokół ciał obcych — przetoki żółciowo-moczowej, lipoidozy, — referenci uważają, że tu przyczyną cholesterynurji oraz tworzenia się złogów cholesterynowych jest wzmożona przepuszczalność nerek (wzgl. tylko prawej) dla cholesteryny Na specjalną uwagę zasługuje ścisła zależność poziomu cholesteryny w moczu (i we krwi) od ilości cholesteryny, wprowadzanej z pokarmami.

W uzupełnieniu pokazu Dworecki daje opis złogów. Wyniki badania ich treści, trzykrotnie w różnych odstępach czasu, w ilości 7 odłamków, nadsyłanych do pracowni, okazały się zupełnie identyczne. Są to twory o kształtach nieprawidłowych, o wymiarach linearnych, od 2 do 7 milimetr., o wyraźnej budowie warstwowej z układaniem się kolejnem ciemniejszych warstw brunatnawych oraz jaśniejszych żółtawoszarych. Spoistość złogów dość jednolita: są one miękkie i lekkie (wszystkie razem ważyły zaledwie 600 mgr.). Kształty zewnętrzne i budowa tych złogów, widoczna na szlifowanej

powierzchni przekroju, świadczą, że wszystkie one stanowią odłamki jednego większego, najwyżej 2 kamieni. W badaniu chemicznem stwierdzono — poza nieznacznymi śladami składników mineralnych (zaledwie dostrzegalny popiół po spaleniu) — prawie wyłącznie ciała tłuszczowate (rozpuszczalne całkowicie w alkoholu i chloroformie), które rozpoznano, jako złogi cholesterolu (kształt kryształów, dodatnie próby Liebermann-Burckharda, Salkowskiego). Poza tem złogi zawierały barwiki krwi (ciemniejsze warstwy); barwików żółciowych nie wykryto.

E. Herman i H. Zeldowicz. **Nowotwór płuc z przerzutem do mózgu.** (Z oddziału E. Hermana).

U chorego, 48-letniego, cierpiącego od 3 lat na uporczywy kaszel, zjawiło się ubiegłej zimy krwioplucie, a przed 6-iu tygod. wykrzywienie twarzy w prawo oraz drgawki w jej prawej połowie, bez utraty przytomności. Dnia następnego napad drgawek w prawej ½ twarzy powtórzył się.

St. ob. (5.V.35): W płucu lewem +; w prawem od tyłu stłumienie nad grzebieniem łopatki, dolna granica VIII żebro, osłuchowo — osłabienie oddechu; od przodu stłumienie na całej przestrzeni, nad obojczykiem oddech oskrzelowy z odcieniem jamistym (dr. Jochweds).

W pozostałych narządach wewnętrznych bez zmian.

Układ nerwowy: Źrenice: prawa nieco szersza, o wiotkim odczynie na światło, sprawnym na przystosowanie; dno oczu +. Nieznaczny niedowład dolnej prawej gałązki n. VII-ego. Język zbacza w prawo. W k. k. g. i dolnych — lekki niedowład wiotki pr. k. g. — odruchy okostnowe i ścięgnowe prawe żywsze, bez obj. Babińskiego i Rossol.. Apatyczny, senny.

W dalszym przebiegu silny ból głowy; apatja i senność nasiliły się, napady Jacksonowskie pr. ½ twarzy powtórzyły się. Wystąpiły: nieznaczny niedowład nerwów odwodzących, oczopląs poziomy, wiotkie porażenie połowicze prawostronne, z żywszemi odruchami prawostronnemi, ścięgnowemi, okostnowemi z dodatnim obj. Babińskiego (bez Rossolimo); ponadto zniesienie czucia głębokiego w palcach pr. dłoni. Rtg. płuc (dr. Mesz)—prawe—bezpowietrzne, zaciemnione, u wnęki duży naciek w gruczołach wnękowych. W górnej części zaciemnienia jama z płynem.

Rozpoznano tu pierwotnego raka płuca prawego, z przerzutami do kory mózgowia strony lewej, do jej ośrodków ruchowych twarzy, ze stopniowem przejściem na całą część ruchową (w odróżnieniu od przedruchowej) z przesunięciem też i na zawój ośrodkowy tylny.

Obraz neurologiczny tu, zgodnie z poglądami Fultona i Vietsa, przemawia za zespołem ruchowym, w przeciwień-

stwie do premotorycznego (przedruchowego), który cechuje porażenie kurczowe z objawem Rossolimo a bez objawu Babińskiego (zgodnie zresztą i z badaniami Goldflama).

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na kliniczny zespół ruchowy oraz stały brak w przebiegu cech wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego. Wybitnie ograniczone zrazu ognisko chorobowe, brak wszelkich znamion wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, obok wyniszczenia chorego, pozwalały już klinicznie (przed ustaleniem Rtg. guza płuc) rozpoznać tu guz przerzutowy, a nie pierwotny, mózgu. Sród guzów przerzutowych mózgu 35% pochodzi z nowotworów płuc.

W rozprawie Bregman podkreśla, że w przypadkach nowotworu mózgu, gdy niema dokładnej lokalizacji, należy myśleć przedewszystkiem o sprawie przerzutowej. Na podstawie przebiegu i badań klinicznych nasuwa się myśl o sprawie rozsianej. Jochweds zwraca szczególną uwagę na dokładne badania fizykalne płuc; pozwala ono i bez rentgenogramu rozpoznać raka płuc.

Kohan i Szpilman. **Torbiel trzustki.**

Przypadek dotyczy chłopca, którego zapisano z rozpoznaniem ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.

W badaniu wstępnem brak objawów otrzewnowych, wymacano natomiast guz wielkości 2 pięści dorosłego mężczyzny, nieco ruchomy, bolesny. Wobec małej zrazu bolesności oraz braku doraźnie wskazań do zabiegu, chłopca pozostawiono do obserwacji i badań pomocniczych — na czas tygodnia. Skolei wyjaśniło się, że guz o kształcie kulistym jest najprawdopodobniej torbielą trzustki lub krezki. Po ustąpieniu bolesności guza postanowiono wykonać operację. Otwarto jamę brzuszną w linji środkowej. Stwierdzono guz o gładkiej powierzchni, zrośnięty siecią z podstawą, sięgający poprzez krezkę poprzecznicy do ciała trzustki. Całkowicie udało się wyłączyć guz, bez otwarcia środka jego, przyczem u podstawy stwierdzono tkankę trzustki. Otoczkę trzustki zaszyto, pozostawiając tam mały sączek — resztę jamy brzusznej zamknięto na głucho.

Przebieg pooperacyjny gładki. Rychłozrost. Dziesiątego dnia pacjenta wypisano.

Badanie anatomopatologiczne: w nadesłanym preparacie stwierdzono części trzustki, przylegające do pasma ścisłej tkanki łącznej. — Przypadek zasługuje na uwagę z powodu: 1) całkowitego wyłuszczenia rzekomej torbieli, 2) braku momentu urazowego oraz innych, któreby wskazywały na jakieś schorzenie trzustki.

Landsberg i Wertheim. **Tętniak tętnicy głównej brzusznej.**

Po ustaleniu wskazań operacyjnych otwarto jamę brzuszną w nadbrzuszu. Odrazu uwidocznił się guz tętnicy między wą-

trobą a żołądkiem. Po przecięciu sieci mniejszej dotarto do właściwej powierzchni wybitnie tętniącego guza. Zrazu zdawało się, że guz może wychodzić z trzustki, jednakże przy bliższem rozejrzeniu się okazało się, że poniżej dolnego bieguna guza daje się wyodrębnić biaława, normalna tkanka trzustki. Przednia ściana zgrubiała; wycięty kawałek tej ściany okazał się w badaniu mikroskopowem tkanką zapalną. Sam guz wrzecionowaty sięgał ku górze aż pod przeponę, dolnym zaś biegunem wypychał krezkę okreżnicy; wielkość guza sięgała prawie 2 pięści. Guz tętnił we wszystkich kierunkach. Po uniesieniu okrężnicy ku górze okazało się, że wzdłuż tejże ciągnie się warstwa tętniczonaczyniowa grubości małego palca, silnie tętniącą. Natomiast aorta brzuszna poniżej guza, jak również obie tętnice biodrowe wspólne, tętnią stosunkowo znacznie słabiej. Operację chory zniósł dobrze, ale wielkiego wpływu na stan subjektywny ona nie wywarła. Bóle stały się może nieco słabsze.

Brand i Śniadower. **Przypadek zwiotczenia przepony** (Z oddz. B. Jochwedsa).

Chora, lat 40, zgłosiła się z powodu bólów—kłucia w lewym boku, ciężaru za mostkiem oraz duszności. Choruje od trzech lat. Zaczęło się od lewostronnego zapalenia płuc. Dawniej była zupełnie zdrowa. Ostatnio jednak stale odczuwała bóle i kłucie w lewym boku, duszność, bicie serca, zwł. w nocy.

St. ob.: wysokie ustawienie lewej przepony—do trzeciego międzyżebrza. Serce przesunięte w prawo (tu granica sięga do linji sutkowej). Rtg., bez środków kontrastowych, stwierdzono pętle jelitowe w klatce piersiowej po str. lewej. Przepona ustawiona b. wysoko, uciska płuco i tłoczy serce w prawo, Rtg-ram nasuwał przypuszczenie przepukliny przeponowej. Przystąpiono do badań z masą kontrastową, zrazu per os, a potem i per aenemam. Rtg-my z różnych ułożeń, a także i Trendelenburga, wykazały, że żołądek i jelita znajdują się pod przeponą. Przepona b. słabo ruchoma, bez ruchów paradoksalnych. Przy podawaniu masy kontrastowej, w pozycji leżącej, zauważono, że część wpustowa przełyku, zamiast normalnie, ku dołowi, skierowana jest ku górze; stanowiło to przeszkodę dla przejścia treści pokarmowej z przełyku do żołądka. Było tu więc b. wysokie ustawienie przepony po str. lewej.

Ustawienie przepony zależne jest, jak wiadomo, od wielu czynników. I—od szerokości dolnego otworu klatki piersiowej, która jest miejscem przyczepu przepony; II—od ciśnienia; III—od ciśnienia wewnątrz jamy brzusznej; IV—od nerwu przeponowego lub zakończenia nerwu w przeponie; V—od mięśniówki samej przepony. Najczęściej spostrzega się zwiotczenie wrodzone. Tu należy rozpoznawać: między zwiotczeniem wrodzonem a porażeniem n. przeponowego i zmniejszonem ciśnieniem w jamie kl. piersiowej oraz porażeniem zakończeń nerwowych. Zmniejszone

ciśnienie zdarza się w fibrothoraxis lub zatkaniu oskrzela. W takich wypadkach ma się jednak rentgenolonicznię zacienienie pola płucnego. Przeciwko porażeniu nerwu przeponowego przemawia choć słabo, ale w każdym razie do pewnego stopnia, ruchoma przepona oraz brak ruchów paradoksalnych. Zwiotczenia wrodzonego również tu nie było; do zapalenia płuc chora żadnych skarg nie wypowiadała. Zostaje więc przypuszczenie porażenia zakończeń nerwu przeponowego, co łatwo powiązać z przebytą tu sprawą zapalną. Wiele przypadków już ogłoszono, gdzie właśnie po pneumonji lub zapaleniu opłucnej dochodziło do porażenia zakończeń nerwowych. Tu zasługuje szczególnie na uwagę niezwykle wysokie ustawienie przepony.

Płońskier. **Pokazy anatomopatologiczne.**

1. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego.

Na sekcji mężczyzny 40-letniego stwierdzono pęcherz moczowy wielkości głowy dorosłego człowieka, wypełniony masami nowotworowemi. Badanie histologiczne: Ca. solidum.

2. Kamień w moczowodzie niezwykłych rozmiarów.

Na sekcji kobiety 50-letniej stwierdzono w dolnym odcinku lewego moczowodu kamień wielkości jaja kurzego; z lewej strony roponercze olbrzymich rozmiarów.

Wertheim podał szczegółowo dane kliniczne; wynikałoby z nich, że niewątpliwie popełniono tu błąd rozpoznawczy. Jakkolwiek dane anamnestyczne wskazywały na możliwość sprawy kamicowej lewostronnej, to jednak obecność dużego guza kulistego w lewej $^1/_2$ brzucha od wielu lat, co prawda bez wyraźnego związku z narządami rodnemi, nasunęła przypuszczenie guza torbielowatego lewego jajnika. Dopiero laparotomja wykazała, że miało się tu do czynienia z guzem pozaotrzewnowym, niewyłuszczalnym. Guz poprzez krezkę jelita cienkiego opróżniono drogą punkcji, przednią jego ścianę częściowo wycięto, resztę jej wszyto warstwowo do rany powłok brzusznych. Na wewnątrz guza stwierdzono zgrubiały moczowód. Guz przeto okazał się ropowodonerczem lewostronnem.

3. Pokaz preparatu narządów moczopłciowych 30-letniego mężczyzny: we wszystkich częściach gruźlica z serowaceniem.

4. Tętniak tętnicy śledzionowej.

Na sekcji kobiety 50-letniej stwierdzono: bardzo duży krwotok w prawej półkuli mózgowej, zakrzepowe zapalenie zastawki dwudzielnej i zastawek tętnicy głównej, zawały w śledzionie i tętniak tętnicy śledzionowej, wypełniony świeżemi masami zakrzepowemi; średnica tętniaka — 3,5 cm.

5. Endoaortitis thrombotica.

Na sekcji mężczyzny 65-letniego stwierdzono: rozmiękczenie mózgu w jądrach podstawnych prawej półkuli, ogólną miażdżycę, szczególnie ciężką w tętnicy głównej; zakrzep przyścienny w łuku tętnicy głównej.

Sprawozdania z posiedzeń w październiku, listopadzie i grudniu 1935 r.

J. Merenlender i Grynbergowa. **Przypadek rozległych owrzodzeń kilakowych (Lues gravis).**

U 30-letniej choroba skóry rozpoczęła się tu jakoby przed rokiem od owrzodzenia w okolicy spojenia łonowego. Sprawa stopniowo szerzyła się na powłoki brzuszne i zewnętrzne narządy płciowe. Nie miała, jak twierdzi, chorób wenerycznych.

St. ob.: Na podbrzuszu w przestrzeni 5-ciokąta (górny brzeg 17 cm. długości, a boczne po 10 cm.) szereg owrzodzeń okrągłych, o brzegach zatokowatych oraz owrzodzenia nerkowate o średnicy 1—2 cm.; na pozostałej przestrzeni wspomnianej powierzchni samoistne zabliźnienie. Pozatem na górnej wewnętrznej powierzchni prawego uda owrzodzenie, pełzające, o wiotkiej ziarninie. Z owrzodziałych powierzchni, pokrytych szarawo - zielonkawym nalotem, uderzała bardzo przykra woń. W obu pachwinach głębokie blizny i resztki owrzodziałych, częściowo zniszczonych, gruczołów chłonnych. Górne części warg większych, sromnych, przedstawiały się w postaci powrózkowatych obrzęków; dolne części (pozostałe) warg w guzach obrzęku (wielkość < > mandarynki). Obrzęk narządów płciowych zewnętrznych był widocznie tu wynikiem zmian patologicznych w brzeżnych drogach chłonnych.

W narządach wewnętrznych bez zmian szczególnych. Was. wybitnie dodatni. W nalotach pospolite ziarenkowce. Leczenie przeciwkiłowe (wstrzykiwania bizmutu, nowarsenobenzolu) oraz miejscowe maścią kalomelową. Właściwe rozpoznanie nie było tu zbyt trudne. Przypadek należy zaliczyć do kiły o przebiegu ciężkim (Lues gravis).

Merenlender i Gurwiczowa. **Przypadek łuszczycy rozlanej z współistniejącemi zaburzeniami przemiany materji.**

Chory, I. G., 20 l., kupiec. Zachorował 3 l. temu. Wystąpiły — przeważnie na k.k. — wykwity łuszczycowe nieliczne; po kilkutygodniowem leczeniu ustąpiły prawie. Przed 4-ma mies. nawrót sprawy chorobowej, zjawienie się wykwitów w miernej liczbie. Spowodu współistniejących zaburzeń żołądkowych (brak łaknienia, mdłości), chory udał się do gastrologa; ten, poza obecnością dość znacznych złogów cholesteryny w treści 12-ej odchyleń nie wykrył. Poczem był znów leczony — przez niespecjalistę — neosalvarsanem (5 inj. po 0,6). Już po pierwszych zastrzykach wystąpiło rozległe zaczerwienienie skóry: to nasilało się, aż osiągnęło stan obecny. Przeprowadzone wówczas na mieście badania wykazały cukier we krwi — 1,4‰, cholesteryny — 172 mgr. ‰.

12.X.35 r. zapisany do szpitala. Stan skóry: < > 85% całej powierzchni skóry zajmują żywo-czerwone ogniska, po-

kryte srebrzystemi łuskami, o kształtach okrągławych lub nieregularnych, pojedyńcze lub zlewne, od soczewicy do olbrzymich rozmiarów (zajmując nprz. całe kończyny lub znaczne odcinki tułowia). Ogniska te ostatnio nieznacznie swędzą. T° prawidłowa. W narządach wewnętrznych (Dr. Wohl) bez odchyleń. Przemiana podstawowa: 15.X. — + 49%; 15.X. — + 47%; 25.X. — + 45,3%. Poziom kw. moczowego (Dr. Dworecki), bilirubiny i wapnia we krwi — norma; cukier we krwi: 19.X. – 0,75‰ i 22 X. — 0,71‰, cholesteryna: 14.X. — 144 mgr. ‰. 22.X. — 192 mgr. ‰.

W rozprawie brali udział Biro, Bregman i Higier. W odpowiedzi Merenlender wyjaśniał, że hypercholesterinemję stwierdza się często w chorobach skórnych swędzących. Tu brak dowodów jakiejkolwiek łączności dermatozy z tem zaburzeniem przemiany materji, które należy traktować raczej jako objaw towarzyszący.

W rozległych dermatozach, jak tu, niema niebezpieczeństwa dla życia, brak bowiem obnażenia naskórka w takim stopniu, jak w oparzeniach. Skóra jest narządem, biorącym udział w przemianie materji; ostatnio autorzy japońscy wykryli w skórze substancję, która jest w stanie podnieść poziom cukru we krwi. — Pr. Rtg. nie dają tu trwalszych wyników niż leczenie maściami; kryje natomiast niebezpieczeństwo szkodliwych zmian, jak oparzenia, nabłoniaki i t. p.. Obecnie w leczeniu łuszczycy zarzucono stosowanie arszeniku, zwł. dawek dużych.

B. Karbowski. **Z kazuistyki krwotoków nosowych, zagrażających życiu.**

Przyp. dotyczy 54-letn. pac, który nie miał i nie ma skazy krwotocznej. Pochodzi ze zdrowej rodziny. Kiłowego zakażenia nie było. Jak podaje, kichnięcie spowodowało tak silne krwawienie z nosa, że lekarz specjalista nie mógł krwotoku opanować i skierował pac. do szpitala. Badanie na oddziale ustaliło krwawienie z nosa i gardzieli pomimo szczelnej tamponady. Chory był już tak wykrwawiony, że zaszła konieczność przetaczania krwi. Pomimo tamponady jamy nosogardłowej i przewodu lewego chory nie przestał krwawić. Po 7-dniowej tamponadzie w nocy krwawienie stało się tak groźne, że K. zdecydował się na podwiązanie zewnętrznej tętnicy szyjnej. Krwawienie natychmiast ustało, i po przetoczeniu 700 gr. krwi stan chorego się poprawił. W następstwie długotrwałej tamponady wystąpiło obustronne zapalenie ucha środkowego z powikłaniem ropnem ze strony wyrostków. Trepanacja obustronna. Podwiązanie tętnicy szyjnej zewnętrznej jest rzadko stosowane w krwotokach zagrażających życiu, aczkolwiek zejście śmiertelne zdarza się. Badacze, którzy się sprawą tą interesowali, są zdania, że podwiązanie tętnicy szyjnej zewnętrzej nie może mieć złego wpływu, bowiem są połą-

czenia między rozgałęzieniami tętnic szyjnych zewnętrznych, pozatem tylny odcinek nosa i nosogardziel unaczynione są przez arteriae nasales posteriores, które odchodzą od carotis interna. Przypadek dany wskazuje, że w krwawieniach z tylnego odcinka nosa, zagrażających życiu, podwiązanie tętnicy szyjnej zewnętrznej może dać efekt leczniczy.

Schipper Jerzy. **Przypadek ostrej niedrożności jelit w przebiegu białaczki szpikowej.** (Z oddziału A. Wertheima).

Z. B., lat 40, zgłosiła się 29.VIII. 1936 r. spowodu silnych bólów brzucha od 2 dni. Bóle o charakterze kurczowym występują w odstępach kilkuminutowych. Równocześnie silne wzdęcie brzucha, oraz zupełne zaparcie stolca i wiatrów. Wymiotów niema, mocz oddaje normalnie. Wzrastające osłabienie ogólne od 5 miesięcy. Po rozpoznaniu „choroby krwi“ zastosowano u chorej leczenie naświetlaniami promieniami X kości długich i śledziony. Po 5-ym naświetleniu, a drugim skolei śledziony, w kilka godzin po spożyciu pokarmu, wystąpiły wspomniane objawy.

Stan ogólny chorej po przybyciu na oddział bardzo ciężki. Ciepłota 36,2. Tętno 112. Wzrost średni, budowa ciała mierna, odżywienie podupadłe. Skóra i śluzówki widoczne blade. Gruczoły chłonne niepowiększone. Język obłożony i podsychający. Płuca i serce bez zmian. Brzuch wzdęty, powłoki napięte. Widoczny zarys pętli jelita cienkiego. Nad całym brzuchem wypuk bębenkowy, przytłumiony na flankach. W prawej połowie brzucha na wysokości pępka pluskanie. Per rectum — wypięcie elastyczne Douglasa. Badanie krwi: zmiany charakterystyczne dla białaczki szpikowej. Wobec rozpoznania ostrej niedrożności jelit, przystąpiono do natychmiastowej operacji. Cięciem w smudze białej otwarto jamę brzuszną, z której wydobyło się około 3 litrów płynu surowiczego z kłaczkami śluzakowatemi. Końcowa pętla jelita krętego silnie wzdęta i skręcona dookoła swej krezki o 360°. Pętlę tę odkręcono. Następnie stwierdzono rozdęty wyrostek robaczkowy, kątnicę, wstępnicę, zgięcie wątrobowe i poprzecznicę aż do zgięcia śledzionowego. W miejscu tem śledziona twarda, powiększona, aż do linji pępkowej. Śledziona uciskała światło jelita grubego i spowodowała przegięcie poprzecznicy na wewnętrznym brzegu śledziony. Po wyrównaniu przegięcia poczęły swobodnie gazy przechodzić i wzdęcie jelita wyraźnie się zmniejszyło. Na tem operację zakończono, nakładając szew 3-piętrowy powłok. Przebieg pooperacyjny zupełnie gładki. Drożność jelit przywrócona całkowicie. Przypadek powyższy zasługuje na uwagę ze względu na to, że powiększona śledziona białaczkowa spowodowała przegięcie rozdętej poprzecznicy, znosząc drożność jej światła.

W rozprawie Płońskier omawia schorzenia układowe, które mogą przyczynić się do powstawania tego rodzaju powikłań. Fejgin zastanawia się, czy nie było tu wskazania do operacji śledziony.

D. Kohan i J. K. Szpilman. **2 przypadki przedziurawienia żołądka.**

K. korzysta z tego, iż na oddziale znalazły się 2 przypadki przedziurawienia żołądka, operowane sposobami krańcowo odmiennemi — i demonstruje przypadek I, jako przykład najbardziej doszczętnego zabiegu — wycięcia żołądka, drugi zaś — najbardziej zachowawczy — zaszycia wrzodu. Wybór metod zależny jest: 1) od czasu, jaki minął od przedziurawienia do chwili przybycia do szpitala; 2) od stanu ogólnego pacjenta; 3) od umiejscowienia przedziurawienia.

Brak czasu nie pozwala K. na szczegółowe omówienie wskazań do poszczególnych metod, ale podkreśla, iż zasadniczem dążeniem oddziału jest zabieg doszczętny, wychodząc z założenia, że usunięcie okolicy przedziurawienia jest pożądane ze względu na: 1) profilaktykę zwyrodnienia rakowatego, 2) zmniejszenie rozmiaru atonicznego i dużego zazwyczaj żołądka, co pociąga za sobą zmniejszenie nadkwaśności i 3) usunięcie źródła infekcji, którym jest przedziurawiony wrzód (badanie drobnowidowe wykazuje stale paciorkowce w komórkach wrzodu).

Przypadek I dotyczy niewiasty lat 34. Przedziurawienie żołądka miało miejsce o godz. 10-ej z rana. Gwałtowne bóle w okolicy żołądka i omdlenie na ulicy. Do szpitala przybyła wieczorem o godz. 8-ej. Tętno dobrego napięcia, 100'; T° nor. Język suchawy. Brzuch twardy, wciągnięty, z żywym objawem Blumberga. Stłumienie wątroby zwężone. Wolny płyn w jamie brzusznej.

W uśpieniu eterowem cięcie w linji środkowej do pępka. W jamie otrzewnowej dużo mętnego płynu (posiew wykazał paciorkowce). Na żołądku w okolicy odźwiernika stwierdzono otwór wielkości grosza. K. wykonał wycięcie żołądka sposobem Reichel-Polya Zaszycie jamy brzusznej na głucho. Na powłoki jedwab i mały sączek. Opatrunek.

Przebieg pooperacyjny b. dobry. Pacjentka 12 dnia wypisana.

II-gi przypadek demonstruje Szpilman. Chory ma lat 34 — przybył dn. 7.XI.35 spowodu gwałtownych bólów brzucha, trwających od 5 dni. Wywiady dalsze wskazują na „jakieś“ cierpienie żołądkowe — nigdy się nie leczył. — Jednakże historja ostatniego tygodnia świadczy o ostrym schorzeniu jamy brzusznej, przyczem bóle jakoby wystąpiły w dole brzucha z prawej strony. Wziął środek przeczyszczający, ale

bez skutku. — Stan chorego stale się pogarszał, a ciepłota podwyższała. St. ob.: T° 36,o. Tętno ledwo wyczuwalne, b. szybkie. Język suchy, obłożony fusami (wymioty). — Brzuch bardzo wzdęty, bolesny przy obmacywaniu, dużo wolnego płynu. Stłumienie wątroby zachowane na wąskiej przestrzeni. Największa bolesność nad prawym talerzem biodrowym. Pozatem ściana brzuszna podatna, nie napięta. Po przygotowaniu chorego — podanie środków nasercowych, soli i cukru — przystąpiono do zabiegu (S z p i l m a n).

W znieczuleniu miejscowem cięcie Jalagnier'a w przypuszczeniu, że chodzi o zapalenie rozlane otrzewnej w związku z przedziurawieniem wyrostka. Po otwarciu otrzewnej wycieka spora ilość białej, płynnej ropy, zalegającej wszędzie między pętlami jelit, pokrytemi szaremi złogami włóknika. Wyrostek był bez zmian — zrobiono więc cięcie w górę i stwierdzono otwór ze strony żołądka na odźwierniku. Otwór zaszyto II-piętrowym szwem z przyłożeniem kawałka sieci.

Brzuch zamknięto — dren do prawego D o u g l a s'a i mały sączek. Przebieg pooperacyjny w pierwszych dniach dość poważny. Przetaczanie krwi. Stan chorego poprawił się; po 3 tygodniach wypisany do domu. — Przypadek powyższy załatwiony został najbardziej zachowawczym sposobem, gdyż bardzo ciężki stan chorego, prawie beznadziejny, zmusił do najszybszego zakończenia zabiegu. — Zestawiając powyższe przypadki, należy zaznaczyć, iż aczkolwiek w I przypadku zabieg był duży, a w II krótki — to jednak przebieg pooperacyjny był wręcz odwrotny i wypadł na korzyść sposobu doszczętnego.

Wł. S t e r l i n g i K. K i p m a n o w a. **Nevraxitis acuta parainfectiosa.**

Pokazany przypadek dotyczy 6-letniej dziewczynki L. Lim, która przybyła na oddział 15.X.1935 r., zachorowała zaś dzień przedtem. Zrazu, pierwszego dnia, była jedynie senna i kilkakrotnie wymiotowała, 2-go dostała 39° t., bólu głowy i przestała jakoby mówić.

W b a d a n i u stwierdzono, że dziecko jest senne, leży bierne, apatyczne, jakby „nieobecne", nie reaguje na odwiedziny matki i brata. Samodzielnie nie mówi. Czasem na pytanie lekarza odpowiada pojedyńczym słowem. (Jak się nazywa? Luba). Proste polecenia, jak: podnieś rękę, wysuń język — wykonywa milcząco. Bardziej skomplikowanych zleceń nie wykonywa. T. 39°. Na policzkach „taches cerebrales". Objawów oponowych, wysypki niema. W płucach po str. l. ognisko — bronchopneumonia Tętno 132, drobne. Ze strony

nn. czaszkowych oraz w sile, ruchach i napięciu w kk. dolnych i górnych — zmian żadnych nie stwierdzono. Zupełny brak odruchów kolanow. i Achillesaobustronnie. Podeszwowe: po str. pr. wyraźne zgięcie palców podeszwowe, po str. l. obj. Babińskiego +. Objawu Rossolimo nie było. Odruchy brzuszne zachowane. Czucie wszystkich rodzajów na całym ciele zachowane. We krwi 12.000 leukocytów. Płyn mózg.-rdz. przezroczysty, 6 limf,. NA ±, B = 0, 16‰.

P r z e b i e g c h o r o b y: W okresie od 15.X. — 23.X. wciąż t° do 39°, z 1-dniowym spadkiem 37.4 w d. 17.X. Stan psychiczny dziecka cały czas bez zmian. Odr. ścięgn. PR. i AR. brak, Babiński + po str. pr. W płucach stłumienie z odd. oskrz. trzeszczeniami po str. l. od dołu. W d. 23.X — spadek temperatury do 36.8 i ogromna zmiana psychiki. Dziecko bawi się, rozmawia. Odr. PR i AR brak. Od tego czasu stała poprawa w płucach, a też pod względem psychicznym. Dziecko śmieje się, skacze. Odr. PR i AR brak w dalszym ciągu. 25.X. obj. Babińskiego po str. l nie udaje się wywołać, występuje tylko ślad obj. wachlarzowego. 4.XI ślad odr. kol. pr.; d. 10.XI odr. kolan. pr. wyraźny. 13.XI — wystąpił pr. odr. Achillesa.

Ze względu na to, że w pokazanym przypadku, obok niewątpliwego zajęcia d r ó g o d d e c h o w y c h w postaci ogniska bronchopneumonji — współistniało zajęcie układu n e r w o w e g o (i to tak mózgu, jak i odcinków bardziej obwodowych, o charakterze rozsianym), więc referenci przypuszczają, iż zakażenie dotknęło jednocześnie obu układów. Układ nerwowy reaguje na proces zapalny wogóle jako całość, w której poszczególne odcinki, jak mózg, móżdżek, opuszka, rdzeń, korzenie nerwowe, a nawet nerwy obwodowe, mogą być zajęte w sposób przeważający, ale nie wyłączny. Stąd pojęcie n e v r a x i t i s a c u t a, którym posługują się niektórzy autorzy. Lepsze zrozumienie spraw zapalnych mózgowia sprawiło, że rozpoznanie klasycznej postaci Strümpla—polioencephalitis sup. — ograniczonej jedynie do mózgu, stało się rzadsze w ostatniem dziesięcioleciu, ustępując miejsca nietylko takim sprawom — jak nagminne zapalenie śpiączkowe mózgu, ale i ostrym sprawom zapalnym mózgowia, rozwijającym się w następstwie najrozmaitszych chorób zakaźnych—jak ospa wietrzna, odra, różyczka, koklusz, przyusznica, grypa i bronchopneumonja, które S t e r l i n g proponuje nazwać p a r a i n f e c t i o s a.

Do tych schorzeń zapalnych mózgowia zalicza Sterling również i t. zw. „pierwotne" zapalenie mózgowia, kt. u dzieci nabiera cech swoistych (Prussak), a którego pierwotne występowanie jest—według S t e r l i n g a — częstokroć pozorne. Dany

przypadek również uważać można za postać nevraxitis acuta parainfectiosa, wzgl. encephalomyelitis.

W rozpoznaniu różniczkowem wyłączono tu chorobę Heine-Medine'a.

Benedykt Glass. **Jedno ze wskazań do wczesnego wykonania operacji Jacobeusa.** (Z II-go oddziału gruźliczego — B. Jochweds).

Operację Jakobaeusa, czyli przepalanie, przeżeganie zrostów, wykonywujemy w przypadkach gruźlicy płuc, leczonych odmą sztuczną, gdy pasmowate zrosty nie pozwalają na zapadnięcie się jamy. Zabieg ten przeprowadza się zazwyczaj po 2 — 3 miesiącach od chwili założenia odmy, a to z tego względu, by istniejące zrosty ulegały jaknajbardziej znacznemu wydłużeniu. Ułatwia to bowiem znacznie operację oraz zmniejsza możliwość wystąpienia powikłań. Zdarza się też nieraz, że zrosty ulegają takiemu rozciągnięciu, że nie przeszkadzają już zamknięciu się jamy.

Są jednak przypadki, w których przepalanie zrostów należy wykonać wcześniej ze względu na wskazania życiowe. Bywa tak, gdy po założeniu odmy zjawiają się uporczywe krwotoki z następczą gorączką. W przypadkach takich jama zawieszona na zroście ulega mechanicznemu podrażnieniu przy każdym dopełnianiu odmy. Ze względu na stałe pogarszanie się stanu płuc staje się przed alternatywą: bądź przepalenie zrostów, bądź też zaniechanie odmy i wykonanie innego zabiegu leczniczego. W niektórych takich przypadkach można uzupełnić odmę wyrwaniem nerwu przeponowego.

O skuteczności zabiegu Jakobaeusa w tych przypadkach świadczyć mogą dzieje następującego spostrzeżenia.

Chory, lat 25, zasłabł ostro w lutym b. r.; leczył go dr. Zarecki, który rozpoznał gruźlicę prawego górnego płata i ustalił wskazanie do założenia odmy sztucznej. Założono ją w pierwszych dniach marca w domu u pacjenta. Po odmie jednak zaczął wysoko gorączkować. W tym stanie przybył na oddział dra Jochwedsa. Na oddziale, gdzie znajdował się pod bezpośrednią opieką dra Steinberga, temperatura wahała się do 38°, w plwocinie utrzymywały się prątki Kocha. Badanie Rtg. wykazało jamę wielkości jaja kurzego, zawisłą na kompleksie zrostów, ciągnących się od 1-go do 3 go żebra. Chory źle się czuł, miał męczący kaszel, odpluwał niewiele. W tydzień po przybyciu do szpitala wystąpiło silne krwioplucie, które nasiliło się po dopełnieniu odmy. W 10 dni później chory dostał silnego krwotoku z następczą t° do 39° W ciągu 3 dni gorączka stopniowo opadła.

Ze względu na utrzymujące się krwawienie, które w każdej chwili stać się mogło przyczyną nowego rzutu choroby, zdecydowaliśmy się już w $3^1/_2$ tyg. od chwili założenia odmy na przystąpienie do operacji Jakobaeusa z tem, że jeśli zrosty przepalić się nie dadzą, to trzeba będzie natychmiast wykonać frenikoegzerezę.

Wziernikowanie jamy opłucnowej okazało, że górny płat, zawierający jamę, wisi na szeregu zrostów, ciągnących się przez 2 międzyżebrza. Zrosty te przepaliłem, poczem płuco znacznie się zapadło.

Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, nieznaczna odma podskórna znikła po tygodniu. W jamie opłucnowej stwierdziło się nieznaczny wysięk, który się wessał po upływie 3 tygodni. T^0 opadła poniżej 37^0; taka utrzymuje się do chwili obecnej. Krwioplucia ustąpiły. Po zabiegu jama stopniowo zaczęła się zmniejszać, całkowicie jednak zapadła się dopiero w czerwcu b. r. Chory nie kaszle, nie pluje, a zdjęcie kontrolne, wykonane we wrześniu b. r., wykazało już całkowite uciśnięcie jamy.

W ten sposób, dzięki przepaleniu zrostów, uzyskaliśmy skuteczną odmę, która według wszelkiego prawdopodobieństwa doprowadzi pacjenta do wyleczenia.

Jesteśmy zdania, że operacja Jakobaeusa powinna być wykonywana w każdym przypadku odmy, nieskutecznej spowodu obecności pasmowatych zrostów. Zabieg ten nie jest dla pacjenta niebezpieczny, a najgroźniejsze jego powikłanie, jakiem jest ropny wysięk pooperacyjny, występuje niezmiernie rzadko, bo zaledwie w 2% przypadków, jak to wynika ze statystyk, opartych na dużym materjale.

A. Krzemieniecka. **Przypadek epithelioma nasi.** (Z oddz. J. Merenlendera).

Chora, lat 54, zgłosiła się z powodu rozległego owrzodzenia w skórze nosa. Podaje, że 10 lat temu wytworzył się w części środkowej nosa wykwit wielkości grochu, który chorej dolegliwości nie sprawiał. Wykwit ten, pomimo kilkakrotnego usuwania płynami żrącemi, odnawiał się. Przed rokiem w miejscu dawnego wykwitu powstało owrzodzenie, które szybko szerzyło się i zajęło większą część skóry nosa. Naświetlano ją kilkakrotnie prom. Rtg., ostatnio w VII r. b. Przybyła 25. IX., stwierdzono wówczas: budowa prawidłowa, odżywienie mierne, w skórze grzbietowej i bocznych powierzchni nosa — owrzodzenie o wymiarach 4 × 5 cm., kształtu owalnego, o brzegach wzniesionych, ostrościętych, spoistości chrząstki, o dnie nierównem, pokrytem brudnozieloną wydzie-

liną. Gruczoł chłonny podszczękowy prawy wielkości orzecha włoskiego, nieprzesuwalny, tkliwy; inne gruczoły, narządy wewnętrzne, układ nerwowy bez zmian. Badanie wycinka, z miejsca owrzodzenia a skóry normalnej (Płońskier), wykazało utkanie typowe dla nabłoniaka podstawno - komórkowego. W 8 dniu pobytu na oddziale pacjentka zachorowała na różę, przeniesiono ją do szpitala św. Stanisława, skąd powróciła przed tygodniem. Podczas powtórnego pobytu chorej na oddz. stwierdzono znaczne zmniejszenie się gruczołu podszczękowego lewego i nieznaczne spłaszczenie ogniska rakowego. Za radą chirurga (Kohan) i ze względu na ujemny wynik naświetlań, postanowiono zastosować rad (Flokszstrumpf). Przypadek zasługuje na uwagę, ze względu: 1) na błędne rozpoznanie na prowincji (wg słów chorej, sprawę przez długie lata traktowano, jako gruźlicę a jest tu niewątpliwie nabłoniak pierwotny)], 2) na nietypowe—dla najbardziej łagodnych nabłoniaków podstawno-komórkowych zbyt szybkie szerzenie się nowotworu i 3) na szczególnie nieznaczny wpływ róży na przebieg schorzenia.

Kobryner i Płońskier. **Przypadek całkowitego zarośnięcia worka osierdziowego.**

Chory H. G., lat 58, z zawodu szewc, przybył 21. VIII. 1935 r. spowodu duszności, zwł. w pozycji leżącej, obrzęków k. k. dolnych i powiększania się brzucha. Od 4 lat bicie serca po wysiłkach fizycznych. 4 tygodnie przed przybyciem do szpitala poczuł się niedobrze, stracił przytomność na kilka chwil; zalecono leżenie w łóżku. Parę dni leżał; musiał jednak wrócić do pracy, wstał, lecz położył się spowrotem, nie mógł pracować. Po 2 tygodn. zauważył obrzęki nóg.

W szpitalu stwierdzono siność twarzy, szczeg. na końcu nosa, uszach, siność k. k. dolnych, nieco obrzękłych; żyły szyjowe były napięte. Brzuch duży, wypięty znacznie. W brzuchu i jamach opłucnych wolny płyn; wątroba o dłoń pod łukiem, twarda, niebolesna. Granic serca nie dało się ustalić (płyn w opłucnej); tony serca ciche, czyste, akcja miarowa, tętno 90 na 1′, drobne, miarowe. Płyn z jamy opłucny miał cechy płynu zastoinowego: białka 0,9%, odczyn Rivalty ujemny, prawie zupełnie bez elementów komórkowych. Był tu więc zespół objawów zastoinowych, które nie znalazły wytłomaczenia w stanie serca — a mianowicie: przepełnienie żył, dużą wątrobę, wodobrzusze, obustronnie hydrothorax; obrzęki k. k. dolnych przy miarowej, bez szmerów, akcji serca. Ta niewspółmierność między stanem serca a ogromną zastoiną na obwodzie, skłoniła do rozpoznania tu concretio pericardii (po wyłączeniu, oczywiście, innych możliwości, jak guz i t. d.).

Zdjęcie Rtg. za 1-ym razem nie dało innej wskazówki, jak ta, że jest płyn w opłucnych. Płyn ten wypuszczono, a następnie przy dobrem samopoczuciu chorego wstrzyknięto mu kamforę, kofeinę i skierowano do powtórnego zdjęcia. Tu, już po zdjęciu, zasłabł i pomimo pomocy na oddziale zmarł z niedomogi serca.

Sekcja (Płońskier) wykazała: zupełne zarośnięcie osierdzia, a histologicznie zmiany gruźlicze.

E. Herman i Z. Finkelstein. **Przypadek ziarnicy złośliwej z ogniskiem w rdzeniu.** (Z oddz. E. Hermana).

Przypadek dotyczy 21-letniej chorej, niezamężnej; ojciec zmarł na gruźlicę płuc w 36 r. życia. W VI.1934 zauważyła guz w okolicy podszczękowej. T^0 39^0. W I. 935 r. jakoby zapalenie płuc, wysoka t^0. 2 miesiące była na oddziale wewnętrznym dra Fejgina. Usunięto wówczas gruczoł na szyi, naświetlano prom. Rtg. klatkę piersiową. Histologicznie (dr. Płońskier): typowa tkanka ziarniniaka złośliwego z bardzo licznemi eozynochłonami, fibroblastami i dużemi jasnemi komórkami pochodzenia śródbłonkowego; gdzie niegdzie skupienia komórek, podobnych do komórek typu Sternberga. 3 tyg. przed przybyciem na oddział neurologiczny, a w 16 miesiącu od pierwszych objawów klinicznych, wystąpiło osłabienie kończyn dolnych z zaburzeniami czucia skórnego, bez bólów opasujących, bez zaburzeń czynności zwieraczy.

St. ob. wykazał: powiększenie gruczołów chłonnych szyjnych i pachowych po str. lewej (jeden tu wielkości dużej śliwki). Przytłumienie w dole prawego płuca od 2 palców poniżej kąta łopatki do dołu; tu oddech oskrzelowy. Poszerzenie prawej granicy serca. Nerwy czaszkowe i kończyny górne bez zmian. Wybitny niedowład dolnych, większy prawej, wzmożenie obustronnie napięcia mięśniowego. Odruchy brzuszne —, kolanowe $>>$, prawy więcej wzmożony, Achillesa — polikinetyczne; stopotrząs po stronie prawej, Babiński obustronnie dodatni; Rossolimo obustronnie zaznaczony. Czucie na skórze zaburzone do D4; jest też pewne rozkojarzenie syringomyelityczne pomiędzy czuciem dotyku i głębokiem a czuciem bólu i ciepła. Badanie czucia po 10 dniach wykazało podniesienie górnej granicy znieczulenia do D3, wyraźne osłabienie czucia dotyku, prawostronne zaburzenie czucia głębokiego; zachowanie czucia w zakresie trzech ostatnich odcinków krzyżowych. Bolesność uciskowa wyrostków ościstych C7, D1, D2, D3. Stanie i chód niemożliwe. Nakłucie lędźwiowe (poza patologicznym Quekenstedtem) zmian w płynie nie wykazało. Lipjodol ciężki, zastrzyknięty podpotylicznie, zatrzymał się w kształcie czapki

frygijskiej u kręgu D1. Badanie krwi wykazało: we krwi hemoglobiny 62%, czerwonych ciałek 9.110 000, wskaźnik 0.75; białych ciałek 10·300, eozynofilów 8%, pałeczkowatych 7%, segmentowanych 69%, limfocytów 10%, monocytów 6%. Pirquet silnie dodatni. — U chorej zatem (ze stwierdzoną histologicznie ziarnicę złośliwą i szeregiem charakterystycznych dla tego schorzenia objawów) w niespełna 1½ roku od początku choroby wystąpił bardzo szybko postępujący bezwład kończyn dolnych, z objawami piramidowemi, zaburzeniami czucia i całkowitym stopem lipjodolowym. Nie ulega wątpliwości, że ma się tu do czynienia z uciskiem na rdzeń mas ziarniniaka złośliwego.

Na podkreślenie zasługują tu następujące momenty kliniczne.

1. Brak zespołu Sicard'a - Froin'a w płynie mózgowo-rdzeniowym przy całkowitem zatrzymaniu się lipjodolu. Tłumaczyć to tu można prawdopodobnem szerzeniem się guza w przestrzeni nadtwardówkowej;

2. Brak zupełny bólów korzeniowych; to mogłoby przemawiać za uciskaniem rdzenia wzdłuż jego przedniej lub przednio-bocznych powierzchni;

3. Syringomyelityczne rozszczepienie czucia zależne prawdopodobnie od guza zewnątrzrdzeniowego, umiejscowionego na przedniej powierzchni rdzenia;

4. Podniesienie w czasie obserwacji chorej granicy górnej znieczulenia, przemawiające również za guzem zewnątrzrdzeniowym.

Zaburzenia rdzeniowe w przebiegu ziarnicy złośliwej są względnie rzadko spostrzegane. Weil w pracy z r. 1931 przytacza z piśmiennictwa wszystkiego 44 przypadki tego schorzenia, w których rdzeń był zajęty.

Masy ziarniniaka wnikają do kanału kręgowego bądź przez otwory międzykręgowe, bądź poprzez zajęcie samych trzonów kręgów.

W rozprawie Rotstadt przypomina własne spostrzeżenie ziarnicy złośliwej — u studenta medycyny, który zrazu się dobrze poprawiał po serjach naświetlań prom. Rtg. — Niebawem jednak rozwinęła się sprawa uciskowa, rdzeniowa, z wahaniami — poprawą — a dość przewlekła. Obok objawów podrażnieniowych i bólowych, korzeniowych, przeważał tam zespół rdzeniowy w postaci myelitis funicularis.

Płońskier przypomniał, że w przebiegu ziarnicy złośliwej jednocześnie mogą się toczyć procesy martwicy i bliznowacenia, o czem należy pamiętać przy interpretacji objawów klinicznych.

Mesz podał szczegółowo objaśnienia rentgenogramów.

Jul. Zamenhof. **Przypadek choroby Henoch-Schoenleina.** (Z oddz. D. Kohana).

W wywiadach objawy kilkudniowej niedrożności i krwawych stolców. Objektywnie: guza wgłobienia przypuszczalnego nie stwierdzono, natomiast ustalono obecność drobnych (wielk. do grosza) wylewów krwawych w kilku miejscach, szczeg. na kończynach. Wobec 1) częstych wgłobień w chorobie Henoch-Schoenleina, 2) istnienia możliwości wgłobienia mimo braku guza — zdecydowano zabieg operacyjny. Chorego operowano, stwierdzono na jelitach rozległe wylewy krwawe podsurowicówkowe, częśc. punkcikowate, częśc. ciągłe. Szew całkowity. Dziewczynka wyzdrowiała po dniach kilkunastu (było jeszcze kilka nasileń, świeże wylewy podsk.).

Płońskier. **Pokazy anatomopatologiczne.**

1. Wrzód żołądka. Zwężenie odźwiernika.

Na sekcji kobiety 60 letniej stwierdzono przewlekły wrzód żołądka tuż ponad odźwiernikiem, oraz wtórne zniekształcenie odźwiernika wskutek bliznowacenia w okolicy wrzodu.

2. Przebicie pęcherzyka żółciowego.

Na sekcji kobiety 49-letniej stwierdzono: obustronny ropień podprzeponowy po lewej stronie; przebicie ściany pęcherzyka żóciowego; w jamie ropnia znaleziono kamienie żółciowe.

3. Roponercze.

Na sekcji dziewczyny 19-letniej stwierdzono: roponercze po stronie lewej oraz zwężenie w górnej $^1/_3$ części moczowodu lewego; ściana moczowodu w tem miejscu zbliznowaciała w zrostach z otoczeniem.

4. Pokaz preparatu gruźlicy płuc z zakrzepem w rozgałęzieniach tętnicy płucnej i z rozległemi zawałami.

5. Pokaz preparatu gruźlicy krtani o charakterze przerostowym; makroskopowo zmiany wyglądały jak rak krtani.

6. Pokaz preparatu raka żołądka; żyły ściany żołądka wypełnione masami nowotworowemi, wrastającymi do żyły wrotnej.

7. Rzadki przypadek przerzutów raka do mięśnia sercowego i ognisko pierwotne w pęcherzyku żółciowym.

8. Pokaz preparatu raka krtani, leczonego promieniami Roentgena; rozległa martwica chrząstki.

Od Redakcji.

Prace oryginalne i streszczenia powinny być pisane **na maszynie,** na jednej stronie arkusza, z pozostawieniem marginesu. — Streszczenia krótkie artykułów oryginalnych w języku francuskim (wzgl. angielskim. niemieckim) zawierać mogą najwyżej 10 wierszy druku.

Prace oryginalne i streszczenia powinny być starannie wykończone pod względem stylu i pisowni.

Koszt wykonania klisz i tablic opłaca autor. Autorzy prac oryginalnych otrzymują 10 odbitek bezpłatnie, większą liczbę zamawiają **sami** w drukarni Kwartalnika.

PAMIĘTAJ O BUDOWIE POMNIKA KU CZCI CZŁONKÓW SŁUŻBY ZDROWIA POLEGŁYCH ZA OJCZYZNĘ
KONTO P. K. O.: 14111. KOMITET BUDOWY.

Zawiadomienie.

Komitet Organizacyjny Lekarskich Kursów Wakacyjnych w Ciechocinku — Cieplicy zawiadamia, że **IX Lekarski Kurs Wakacyjny w Ciechocinku—Cieplicy** odbędzie się w dniu 4, 5, 6 września roku bieżącego.

Szczegółowy program Zjazdu będzie rozesłany w swoim czasie wszystkim Szanownym Koleżankom i Kolegom.

TREŚĆ.

Sommaire.

Redaktor: **J. Rotstadt.**

Komitet Redakcyjny: M. Bornsztajn, I. Dworecki, M. Landsberg, N. Mesz, H. Stabholz, Wł. Sterling, J. Szwajcer, A. Wertheim.

Adres Redakcji i Administracji.

Szpital Starozak., Pawilon IX, Oddział Terapji Fizykalnej tel. 29076. Dr. J. Rotstadt.

Skład Główny: Księgarnia Gebethnera i Wolffa. Krakowskie Przedmieście 15, tel. 604-12.

NEUMAN i TOMASZEWSKI, ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU

ROK 1935 LIPIEC-GRUDZIEŃ
TOM XIV ZESZYT 3 i 4

KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE

ZAŁOŻONY PRZY WYBITNYM WSPÓŁUDZIALE
H. ALTKAUFERA, M, BORNSZTAJNA, L. BREGMANA, E. FLATAUA, ST. KLEINA, L. KRAUZEGO, M. LUBELSKIEGO, L. LUBLINERA, G. LEWINA, ST. MARKUSFELDA, N. MESZA, A. NATANSONA, J. ROTSTADTA, A. SOŁOWIEJCZYKA, WCŁ. STERLINGA, A. WIZLA.

WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA

WARSZAWA 1935


ZDOBYCZ
NOWOCZESNEJ
FYTOTERAPJI
INTRACTA
KLAWE

NEUMAN & TOMASZEWSKI, ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU